UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unités d'Enseignement et de Recherche des Sciences médicales

Année - 1971 Thèse N° 53

L'Expérience Tunisienne de régulation des naissances

Contribution à l'étude de la contraception intra-utérine et de ses accidents hémorragiques

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le Lundi 29 Mars 1971

par Kamel GHARIANI

né le 11 Août 1940 à KEF (Tunisie)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. C. RICHIR, Professeur . . . . . Président

M. P. FRÉOUR, Professeur . . . . . Juges

M. A. SERISÉ, Professeur . . . . . Juges

M. J. SOUMIREU-MOURAT, Agrégé . . . . . Juges

Éditions Bergeret, 2, rue Bergeret - BORDEAUX
— Tél. 91-12-59 —

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543911_0048

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX II
Unités d'Enseignement et de Recherche des Sciences médicales

Année - 1971 Thèse N° 53

L'Expérience Tunisienne de régulation des naissances

Contribution à l'étude de la contraception intra-utérine et de ses accidents hémorragiques

Thèse pour le Doctorat en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le Lundi 29 Mars 1971

par Kamel GHARIANI

né le 11 Août 1940 à KEF (Tunisie)

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. C. RICHIR, Professeur . . . . . Président

M. P. FRÉOUR, Professeur . . . . . Juges

M. A. SERISÉ, Professeur . . . . . Juges

M. J. SOUMIREU-MOURAT, Agrégé . . . . . Juges

Éditions Bergeret, 2, rue Bergeret - BORDEAUX
— Tél. 91-12-59 —

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A MON PERE et A MA MERE

Que ce travail leur soit un témoignage vivant de mon éternelle reconnaissance, pour les peines et les sacrifices qu'ils n'ont cessé d'avoir pour moi. Qu'il puisse leur porter tout l'honneur qu'ils méritent.

A MA FEMME

Celle qui a su m'encourager dans mes moments difficiles : que ce travail soit à l'occasion de l'anniversaire de nos deux ans de mariage, le gage de mon amour indéfectible.

A MON FRERE, A MA SOEUR

Toute mon affection.

A TOUTE MA FAMILLE

A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS MES AMIS

A Madame le Docteur Taouhida BENZINA BEN CHEIKH

Chef de Service de la Maternité Gynécologie
de l'Hôpital Aziza Othmana à Tunis
Médecin Directeur du Planning Familial Tunisien
et de la P.M.I
Directeur de l'Institut National de Planning
Familial à Tunis

Celle qui a été pour tous l'image de l'abnégation dans le travail,

Celle qui nous a toujours aidé par ses conseils compétents; qui nous a guidé dans le domaine de la contraception qu'elle a bien su relancer en Tunisie grâce à sa clairvoyance.

Puisse ce travail, qu'elle nous a inspiré, lui porter le témoignage de notre indéfectible attachement.

A Monsieur le Docteur BOUJEMÂA SLAHEDDINE

Gynécologue accoucheur
Assistant à la Maternité de l'Hôpital Aziza Othmana de Tunis

Votre gentillesse, votre empressement à nous apprendre et à nous conseiller nous ont vivement touché.

Nous vous assurons de notre profond dévouement.

A TOUS LES ASSISTANTS et MEDECINS

DE LA MATERNITE DE L'HOPITAL AZIZA OTHMANA DE TUNIS

A Monsieur MOHSEN LAKHOUA

Administrateur de l'Hôpital Aziza Othmana de Tunis

Celui qui a été pour nous un exemple de la générosité et de la grandeur d'âme.

Les services qu'il nous a rendus ne seront jamais oubliés.

Qu'il soit assuré de notre sincère amitié et de notre reconnaissance.

A Monsieur le Docteur MALGOUYAT de Bordeaux

Nos remerciements pour l'aide qu'il a bien voulu nous fournir pour la mise au point de ce travail.

Ses efforts dans le domaine de la contraception sont dignes de la plus grande admiration.

Qu'il soit assuré de notre grande estime.

A TOUS NOS MAÎTRES

DE LA FACULTE MIXTE
DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
DE BORDEAUX

A NOS JUGES

Monsieur le Docteur J. SOUMIREU-MOURAT

Maître de Conférences agrégé d'Obstétrique
Gynécologue accoucheur des Hôpitaux

Nous avons beaucoup apprécié la clarté de vos exposés.

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en siégeant à notre Jury.

Monsieur le Professeur A. SERISE

Professeur sans Chaire (Hygiène)
Chevalier de la Légion d'Honneur
Médaille militaire
Croix de Guerre 39-45
Chevalier des Palmes académiques
Chevalier de la Santé publique
Officier de l'Ordre du Mérite

Vous nous avez fait un grand honneur en acceptant de faire partie des juges de cette thèse.

Veuillez accepter l'expression de toute notre reconnaissance.

Monsieur le Professeur P. FREOUR

Professeur d'Hygiène et de Clinique Pneumophtisiologique
Médecin des Hôpitaux, Chef de Service
Membre de la Commission de la Tuberculose au Conseil supérieur d'Hygiène sociale
Expert de l'Organisation Mondiale de la Santé
Chevalier de l'Ordre national du Mérite
Officier des Palmes académiques
Chevalier de la Santé publique
Chevalier de l'Ordre national du Sénégal

Permettez-nous de vous témoigner notre admiration. Votre compétence jointe à la gentillesse que vous nous avez manifesté au cours de nos examens, nous ont conquis.

Nous sommes très honoré de vous voir juger ce travail.

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur C. RICHIR

Professeur d'Anatomie pathologique
Biologiste des Hôpitaux

L'étendue de vos connaissances ainsi que votre clairvoyance nous ont été très utiles pour la mise au point de ce travail difficile.

Nous sommes très fier de pouvoir nous compter au nombre de vos élèves.

Nous vous sommes très reconnaissant d'avoir accepté la présidence de notre jury de thèse.

L'EXPERIENCE TUNISIENNE DE REGULATION DES NAISSANCES

CONTRIBUTION A L'ETUDE

DE LA CONTRACEPTION INTRA-UTERINE

ET DE SES ACCIDENTS HEMORRAGIQUES

P L A N

I - CONTEXTE ET DEFINITION DE LA REGULATION DES NAISSANCES .

II - LA NECESSITE D'UNE REGULATION DES NAISSANCES .

- Dans le Monde
  . Etat actuel
  . Conséquences en pays sous-développés

- En Tunisie :

  A / Réalité de cette nécessité à travers les statistiques .

  B / Le programme national : ses objectifs, ses trois phases :
  . Phase d'information et de préparation
  . Phase opérationnelle .
  . Phase expérimentale .

  C / Etapes franchies par le mouvement, réactions observées .

  D / La régulation des naissances telle qu'elle a été vue à la lumière du séminaire international sur la reproduction humaine - perspectives .

  E / Les difficultés rencontrées et les solutions proposées au séminaire de la reproduction humaine .

III - REALITES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES EN TUNISIE ET REGULATION DES NAISSANCES .

1- Priorités démographiques et sanitaires justifiant la place de la contraception et de l'avortement social selon la conférence internationale de l'I. P. P. F. à Bandung .

2- Etudes sur la fécondité - Régression de la fécondité chez la femme Tunisienne (enquête récente du centre d'études et de recherches économiques et sociales) .

A / La fécondité selon la catégorie sociale et professionnelle du père .

B / La fécondité selon l'origine géographique du père (année 1965-1966) .

C / La fécondité selon les quartiers de Tunis 1965 - 1966 .

D / Probabilité d'agrandissement d'une famille et taux de reproduction (enquête Tunis 1966)

E / Age du mariage des femmes par rapport à la date de promulgation du statut personnel .

3- Conclusions pratiques :

- Influence du nombre annuel des naissances et de la nuptialité sur la baisse de la fécondité en Tunisie.
- Effet de la contraception sur la natalité .

IV - L'ISLAM DEVANT LES PRATIQUES CONTRACEPTIVES .

A / Selon la littérature arabe .

B / Point de vue de l'Islam et interprétation selon les époques .

C / Fatouas et autorisations des grands théologiens contemporains vis-à-vis des pratiques contraceptives .

V - DISPOSITIONS LEGISLATIVES TUNISIENNES CONCERNANT LA REGULATION DES NAISSANCES .

1 - Loi sur l'interdiction de la polygamie .
2 - Loi relative aux produits et remèdes anticonceptionnels .

3 - Loi concernant les allocations familiales .
4 - Loi concernant le recul de l'âge au mariage .
5 - Loi sur l'indemnité familiale .
6 - Loi relative à l'avortement .

VI - PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX ENGENDRES PAR UN PROGRAMME DE CONTRACEPTION EN TUNISIE .

A / Point de vue social et tendances individuelles .

B / Représentation collective des moyens contraceptifs : le stérilet .

C / Moyens d'information collective et psychose sociale .

VII - OBSERVATIONS SUR L'UTILISATION DU STERILET EN TUNISIE .

I - Modalités cliniques .

A / Conditions d'application en Tunisie :

1°- Les insertions primaires

2°- Les insertions secondaires au post-abortum immédiat :
. modalités opérationnelles .

II - Problèmes médicaux : Le stérilet et les hémorragies .
Données Tunisiennes - Enquête sur les incidences Hémodynamiques à l'Hôpital Aziza Othmana .

A / Etude comparée des deux moyens d'insertions primaires et secondaires du stérilet à l'hôpital Aziza Othmana .

B / Etude du devenir de la contraception au stérilet à l'hôpital Aziza Othmana .

C / Complications observées :

1°- Les accidents perforatifs : migration intra-péritonéale de la boucle de Lippes .
- détection de certaines par Hystérographie .

2°- Les accidents hémorragiques :
Incidences hémodynamiques - à propos de 41 cas suivis .

a) Moyens utilisés dans l'enquête et choix du lot expérimental .
b) Hémorragie et Fer sérique : observations physiologiques, variations pathologiques .
c) Incidences du stérilet par les hémorragies sur le taux d'hématocrite .
d) Incidences du stérilet sur le Fer Sérique .
e) Conclusions pratiques à la lumière de cette expérience, en attendant un recul suffisant de l'enquête - solutions proposées .

D / Importance du type de stérilet utilisé :

- A propos du 1er appareil intra-utérin Français l'OM-GA .

E / Comparaison stérilet contraception orale à l'hôpital Aziza Othmana .

VIII - ESSAI D'EVALUATION .

CONCLUSIONS .

CHAPITRE ANNEXE .

BIBLIOGRAPHIE .

NOTES .

CONTEXTE ET DEFINITION DE LA REGULATION DES NAISSANCES

La régulation des naissances est aujourd'hui un problème d'actualité dont l'importance vitale pour le bien-être de l'individu et par extension de la famille où qu'elle soit et quelles que soient ses ressources, mérite une attention bien particulière . Ce problème est d'autant plus aigu lorsque l'on se tourne vers les pays sous développés ou en voie de développement, où l'homme compense paradoxalement sa faim et son besoin par une fertilité accrue .

Selon le savant et philosophe Maghrébin "IBN KHALDOUN" : "l'homme est plus porté vers le bien que vers le mal en raison de sa nature et de sa faculté de raisonnement logique . Le mal en lui tient à ses facultés animales; dans la mesure où il est un être humain, il est plutôt porté à la bonté et aux vertus" .

Selon la Constitution de l'I. P. P. F. (1), dans son préambule la Fédération a la conviction que la régulation des naissances est un droit fondamental de l'homme. Il reste cependant vrai que ce droit est valable pour chaque nation qu'elle soit développée ou sous-développée.

Pour être bien instruit du problème, il faudrait faire une distinction entre la régulation des naissances (improprement appelée Planning Familial) d'une part,

et le contrôle de la population d'autre part . La fin et les moyens en sont les mêmes; mais chaque domaine recèle une philosophie et par conséquent une approche différente.

Le premier, à savoir la régulation des naissances, implique un certain degré de liberté de la part de l'individu fondamentalement et du couple en général . Il s'agit d'un principe important selon lequel la régulation des naissances est une affaire personnelle touchant l'individu dans sa vie privée et dans son comportement sexuel .

Le second domaine est centré sur la surpopulation et sur l'impact que celle-ci a sur l'économie en général ; il vise à élever le niveau de vie du pays en général . Les deux écoles s'attachent à divulguer les connaissances relatives à la reproduction humaine et à la contraception ainsi qu'à mettre des services à la disposition du public .

Les partisans de la première tendance abordent la question d'un point de vue individuel et humain ; tandis que les adhérents de la seconde se placent sur le plan démographique et économique ; mais les deux tendances ont un point commun qui serait le bien-être de l'individu aussi bien dans sa vie personnelle que par rapport aux nécessités imminentes et futures de sa société .

Dans les pays sous-développés, l'accroissement rapide de la population, au regard d'une production économique déjà insuffisante et ne connaissant qu' une lente croissance engendre un déséquilibre très grave entre naissances et production qui, en se maintenant, entraîne à terme le pays dans la misère économique et sociale.

Pour les pays en voie de développement, toutes les actions entreprises, pour redresser et développer une économie arriérée, n'ont que des effets bien limités, et l'accroissement rapide de la population vient tous les jours remettre en question l'augmentation de la production .

Aussi le contrôle des naissances s'impose-t-il comme un impératif de développement économique et social.

LA NECESSITE D'UNE REGULATION DES NAISSANCES

DANS LE MONDE .

ETAT ACTUEL .

La population mondiale qui ne comptait qu'un milliard au début du 19ème siècle a atteint trois milliards au début du 20ème siècle et ne compte pas moins de trois milliards cinq cents millions d'individus en 1969 ; on en escompte plus de 7 milliards en l'an 2.000 .

On voit donc que la population mondiale a presque quadruplé en l'espace de deux siècles et on s'attend à ce que ce dernier chiffre double dans les 35 années prochaines . Le problème n'est pas un problème d'espace ou de chiffres car le monde peut contenir , du moins pour quelques temps encore, une population plus élevée . Le problème repose dans la vitesse de cet accroissement démographique qui est de l'ordre de 3% par an .

La pression de la poussée démographique sur le développement a été le sujet essentiel des discours d'ouverture des délégués de la réunion de Genève du Conseil Economique et Social des Nations-Unies en Juillet 1969 . Dans un message lu aux Représentants de 27 Gouvernements Membres et aux Observateurs de 28 Pays ,

le Secrétaire Général U. THANT a déclaré : "La Population des Pays en voie de développement à l'exclusion du Territoire de la Chine, risque bien d'augmenter de plus de 500 millions d'habitants dans la prochaine décade . Une telle poussée démographique sans précédent dans l'histoire du Monde et si souvent qualifiée "d'explosion démographique" a donné lieu à beaucoup d'inquiétude et de discussions au cours des dernières années . L'importance généralement reconnue de nos jours aux programmes de "Planning Familial" contraste fortement avec l'attitude officielle de réticence ou "d'hostilité" qui avait prévalu jusqu'à ces temps derniers dans un grand nombre de Pays en voie de développement" . Et il ajoute : "Je crois que l'Institution des Nations-Unies est maintenant prête à apporter une forte contribution dans ce domaine et que, pour un rôle aussi élargi, certains milieux influents ont été sollicités pour lever des fonds considérables en faveur de toutes les formes de programmes destinés à avoir un impact sur un problème aussi sérieux ".

Le Président de la Banque Mondiale (M. R. Mc NAMARA) a choisi l'Université "Notre Dame" d'Indiana pour mettre l'accent sur sa préoccupation croissante concernant ce qu'il appelle "l'immense problème que pose l'excessive croissance démographique (1) . Il est évident que le problème de la régulation des naissances est une question traitée avec réticence et circonspection au lieu de l'attitude franche et réaliste indispensable à tout examen sérieux : un problème qui ne supporte pas les pressions officielles, mais qui souffre pourtant de la lenteur des Pouvoirs Publics . C'est un problème qui ne disparaîtra pas; ce qui disparaîtra, peut-être, c'est la possibilité de lui trouver une solution humaine et rationnelle . Car si l'explosion démographique n'est pas contenue dans les limites raisonnables, il est à craindre que le terme "explosion" prenne son sens le plus sinistre, avec un cortège de souffrances, de misère, de violence et de barbarie . Les populations des pays moins développés n'ont pas encore atteint le stade de la croissance économique autonome. Bien au contraire, le fossé qui séparait les pays riches des

pays pauvres devient un gouffre . Il importe de se rendre compte que cette situation n'est pas statique : la misère du monde sous-développé est une misère dynamique, continuellement aggravée par une croissance démographique sans égale dans l'histoire . C'est cette croissance démographique excessive qui constitue l'obstacle principal au progrès économique et social des pays en voie de développement . Mr. Mac NAMARA a ajouté : "un enfant né aujourd'hui et qui dépasserait l'âge de 70 ans, vivrait dans un monde de 15 Milliards d'habitants; son petit-fils partagerait la planète avec 60 milliards d'hommes" .

Le taux de natalité dans les pays en voie de développement est actuellement de 40 à 45 ‰ ; pour réduire ce taux à un chiffre variant entre 7 et 20 ‰ qui est le taux moyen en Europe, il faudrait selon une estimation, réduire de quelques 50 millions par an le nombre des naissances dans les pays en voie de développement .

L'explication de l'explosion de cette natalité s'expliquerait aisément si on se rend compte de tous les progrès techniques, scientifiques et médicaux, assurant à l'individu une vie meilleure et une protection efficace par des soins d'hygiène de plus en plus répandus . La mortalité infantile aussi bien que celle de l'adulte a beaucoup régressé par les efforts des organisations aussi bien locales qu'internationales ; par la protection maternelle et infantile, l'aide à l'enfance, les vaccinations obligatoires à la naissance, la diffusion par l'école des régles élémentaires d'hygiène .

En regard de ces progrès, le taux de natalité reste constant, ce qui explique qu'actuellement il y a dans le monde deux naissances pour chaque décès .

CONSEQUENCES EN PAYS SOUS-DEVELOPPE .

Ce que l'on vient de dire entraîne des conséquences nombreuses et fait surgir de nombreux problèmes en particulier dans les pays en voie de développement .

- Rajeunissement de la population en fonction de la réduction de la mortalité; ce qui accroît la difficulté de lutte contre l'anaphalbétisme, car les résultats de cette lutte sont au fur et à mesure de leur acquisition rendus vains par l'augmentation incessante du nombre d'enfants en âge d'être scolarisés .
- Migration des populations vers les villes dont la croissance engendre des problèmes complexes de santé, de salubrité, de logement .
- Augmentation du chômage et du sous-emploi; le nombre d'emplois offerts augmentant beaucoup moins vite que la fraction active de la population .
- Problèmes de la sous-alimentation, les ressources alimentaires n'arrivant pas à satisfaire les besoins grandissants de cette population .

Donc, d'une manière générale, le décalage entre le coût économique et démographique accentue la stagnation du revenu par habitant ce qui interdit tout "décollage" et toute industrialisation .

EN TUNISIE :

A_/ REALITE DE CETTE NECESSITE A TRAVERS LES STATISTIQUES :

La régulation des naissances est un problème qui, depuis quelque temps, a suscité l'attention et l'intérêt des responsables qui ont pris conscience de la nécessité d'assurer un avenir meilleur à une population dont le niveau économique a toujours été des plus médiocres vu les vicissitudes climatiques et les fluctuations d'une production précaire .

La prise de conscience de la valeur de l'être vivant et de ses besoins, le désir de lui offrir une vie rationnelle et correcte, ont nécessité une réorganisation logique de la reproduction de la population .

Le Chef de l'Etat Tunisien H. BOURGUIBA a souligné maintes fois ce problème dans ses discours .

Le 1er Mai 1969, il disait :

"Il faut souligner que la poussée démographique qui aggrave le chômage freine considérablement les efforts que nous déployons pour le développement du pays".

Dans ce même discours, en parlant du problème social :

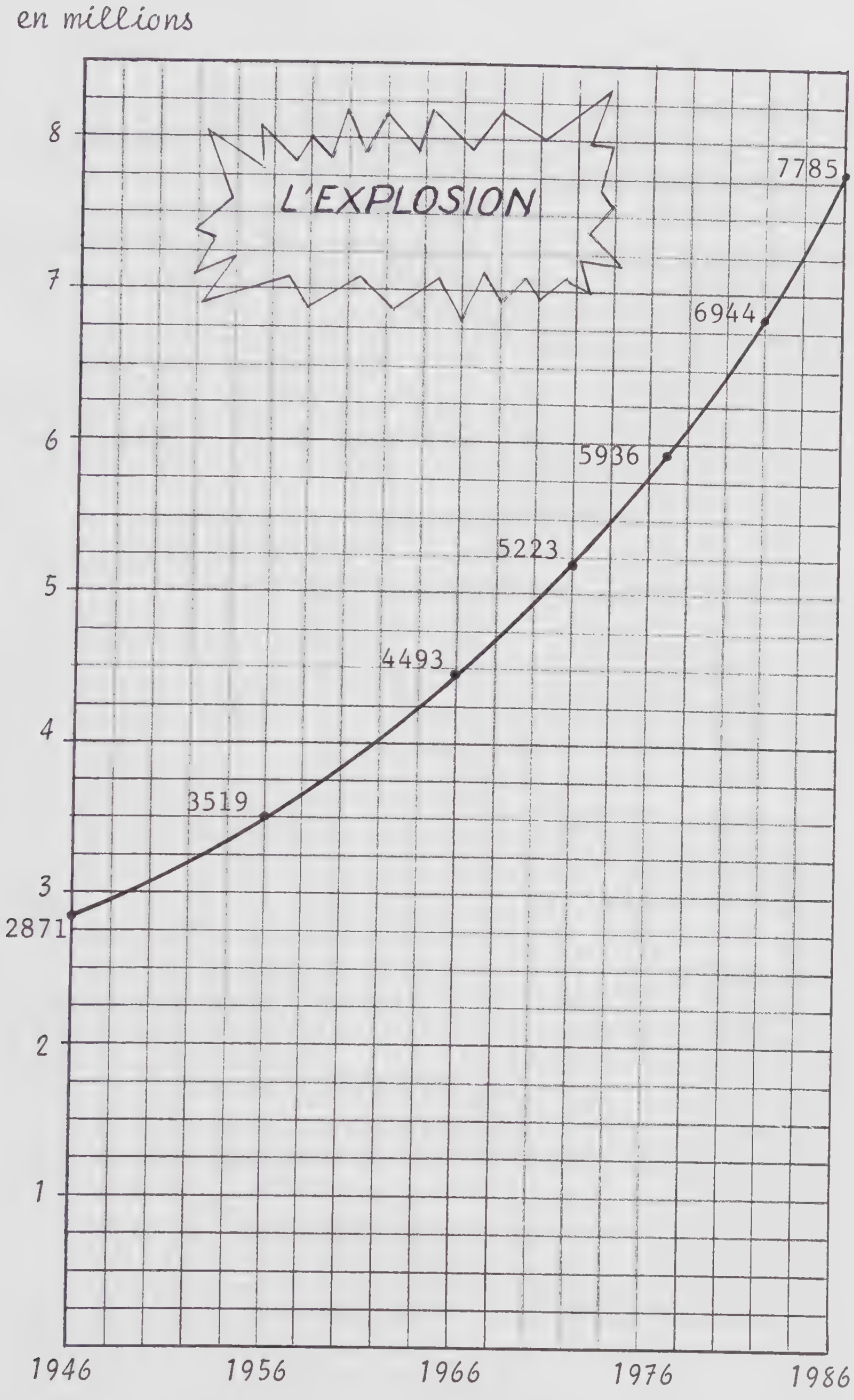
"A vrai dire, pour maintenir sa santé dans un équilibre harmonieux, chacun doit savoir dominer ses instincts : cela est à recommander autant que pour le reste, car il est des gens qui commettent à cet égard des excès aussi impardonnables qu'inadmissibles . Ce comportement bestial ne laisse pas de les conduire prématurément au tombeau et de condamner à la misère leur épouse et leur trop nombreuse progéniture ....

.... L'Etat ne ménage aucun effort pour les aider à préparer un avenir meilleur pour eux-mêmes et pour leurs enfants .

.... Beaucoup de travailleurs tombent malades et deviennent impotents à l'âge de 30 à 40 ans, ce qui ne les empêche pas de procréer jusqu'à leur dernier soupir . D'où les flots de requêtes, de lettres, de suppliques qui pleuvent sur moi à chacune de mes sorties, émanant de veuves éplorées surchargées d'enfants qui croient trouver en moi leur salut . Voilà comment l'extrême misère se conjugue avec une démographie galopante pour freiner nos efforts en vue du développement, voire les réduire à néant ..... Il faut que les citoyens apprennent à vivre dignement et à dominer leurs instincts ..."

Pour en revenir aux données en Tunisie, la population n'a cessé d'augmenter à une allure folle, voire même explosive .

En effet, avec un taux d'accroissement démographique de 2,8 ‰ , la population est passée de : 2.871.611 en 1946 à 3.519.855 en 1956 pour atteindre 4.493.000 en 1966 . Et si la population tunisienne continue à s'accroître dans les mêmes proportions que les années précédentes, la Tunisie comptera 5.610.000 habitants en 1976 et pas moins de 7.500.000 en 1986 .



PROJECTION DE LA POPULATION TUNISIENNE
JUSQU'EN 1986

Par une tragique ironie du sort, les programmes de Santé Publique entrepris dans le monde entier pour des raisons humanitaires louables ont donné lieu à une rupture de l'équilibre traditionnel entre le nombre annuel des naissances et celui des décès . En effet, en Tunisie, le taux de mortalité qui était de 25 ‰ en 1956 a baissé considérablement pour ne plus être que de l'ordre de 17 ‰, soit 17 décès pour 1000 habitants . Le taux de natalité qui est de l'ordre de 45 ‰ par an, c'est-à-dire 45 naissances pour 1000 habitants est resté quant à lui sensiblement le même .

Cela signifie que, à la fin de chaque année , nous avons 28 personnes supplémentaires pour 1000 habitants, ce qui nous fait un accroissement annuel de 160.000 personnes pour toute la population Tunisienne . Or le plan quadriennal 1965/68 prévoit une augmentation de 2, 8 % dans la production agricole . Celle-ci est donc entièrement absorbée par le surcroît annuel de la population qui vit dans la majorité de la production agricole . D'autre part, le programme d'industrialisation du pays nécessite d'énormes investissements incompatibles avec cet accroissement très rapide de la population qui éponge à lui seul la majeure partie de l'augmentation du revenu national . Il est donc clair que, pour un pays en voie de développement, un accroissement démographique poussé pose un grand nombre de problèmes complexes et s'avère être un obstacle sérieux au développement économique et au progrès social . Même une augmentation annuelle du revenu national de l'ordre de 5% n'offre que peu de possibilités pour développer les investissements y compris dans cet important secteur qu'est l 'éducation des jeunes . En effet, la marée des jeunes enfants inonde les écoles, absorbe la marge d'économie et submerge le marché de l'emploi .

Rien au monde ne peut assurer un développement économique aussi rapide, ou tout au moins assez rapide pour permettre à tous ces jeunes de devenir des adultes sains, bien éduqués et capables d'occuper la place qui leur revient de droit dans notre société moderne.

C'est dans cette perspective, afin de rendre possible un développement équilibré sans encourir le risque d'inflation destructive et des crises renouvelées de la balance des paiements, que le Gouvernement par l'intermédiaire du Ministère de la Santé Publique a mis sur pied un programme de planification des naissances .

On peut se référer aux principales conclusions de l'étude sur les perspectives de la population en Tunisie selon l'enquête du Centre d'Etudes et de Recherches Economiques et sociales (C. E. R. E. S.) .

	1956	*Sans contraception*	*1974 selon effort act. de P.F.*	*Effort initialement prévu*
Taux de natalité	46 %o	46 %o	43,9 %o	34,6 %o
Taux de mortalité	18 %o	11,9%o	11,9 %o	11,9 %o
Taux d'accroissement naturel	2,6%	3,41%	3,20 %	2,27%
Population au 31 décembre	4.458.000	5.890.000	5.790.000	5.525.000

B_/ LE PROGRAMME NATIONAL - Ses objectifs .

Les principales lignes de ce programme découlent des mesures législatives et démographiques définies devant la Conférence Internationale sur les programmes de planification de la Famille (Genève 23-27 Août 1965) à propos de l'expérience Tunisienne en la matière .

C'est en 1962 que des contacts ont été établis entre le Ministère de la Santé Publique et les Représentants de la Fondation Ford et du Conseil de la Population.

C'est la première fois que des problèmes de régulation Familiale étaient discutés officiellement en Tunisie et qu'une action directe était envisagée dans ce domaine .

Ces discussions ont abouti à un accord de coopération entre ces deux organismes et le gouvernement tunisien sur un programme expérimental de régulation familiale de deux ans .

Le plan d'opérations approuvé en Mai 1963 envisage une action en trois étapes :

- une étape d'information,
- une étape opérationnelle et expérimentale,
- une étape d'évaluation (en fin de programme) .

1°- Phase d'information et de préparation .

Elle a été favorisée par le concours et l'expérience internationale du "Conseil de la Population" qui a permis des voyages d'études aux intéressés Tunisiens et leur a fourni une documentation précieuse et des connaissances spécialisées dans la matière . Elle a assuré à Tunis des séminaires d'information qui ont groupé : Médecins, sages-femmes, éducateurs sanitaires appelés à mettre en œuvre le programme d'action .

Ont contribué largement à cette étape, les organisations féminines, les partis politiques et syndicaux; la radio pour sa part a été un moyen de diffusion déterminant qui a suscité l'intérêt des collectivités urbaines et rurales, les cercles féminins et les sections sociales .Il y a lieu de souligner en outre, le rôle joué par la prise de position précise de la part d'hommes politiques et à leur tête, le Chef de l'Etat .

Cependant, pour bien comprendre la rapidité et la facilité avec laquelle a été menée l'information du public, il convient de noter que la Tunisie est un petit

pays sans relief notable où les voies de communications sont nombreuses et aisées et qu'un quadrillage administratif et politique du territoire permet à la population de répondre avec une grande rapidité à l'appel des dirigeants aussi bien pour les campagnes de lutte contre les maladies transmissibles , que pour les problèmes de la régulation familiale .

2°- La phase opérationnelle .

Elle a comporté une enquête par sondage et l'ouverture de consultations familiales dans douze centres de "P.M.I." choisis parmi les centres ruraux et semi-urbains et répartis sur tout le territoire dans des régions variées du point de vue économique et démographique afin de représenter des échantillons caractéristiques de l'ensemble du pays . Treize équipes mobiles ont été réactivées pour une meilleure coordination avec les services hospitaliers. Outre la contraception, ces équipes offrent des soins anté et post-partum et sont à même de traiter les différents cas gynécologiques .

L'enquête a été effectuée avant le commencement du travail clinique par le personnel sanitaire et social destiné aux centres de protection familiale sous la direction du Docteur MORSA de l'Université Libre de Bruxelles .

En 1964, le travail clinique avait démarré prudemment par la mise à la disposition du public de condoms et d'aérosols : la contraception intra-utérine et les pilules étaient confiés à certains grands hôpitaux pour expérimentation . Mais l'intérêt du programme chez le public a encouragé à la multiplication des centres et à la généralisation de la contraception intra-utérine bien avant la fin de la période expérimentale de deux ans . Des colloques ont été organisés à cet effet , animés par les spécialistes des grands hôpitaux . Certains hôpitaux ont même organisé un service mobile pour visiter les formations sanitaires de leur ressort, et y pratiquer la contraception intra-utérine; mais le problème de coordination est resté délicat malgré les nombreux avantages .

Cependant, bien que le programme de protection familiale soit un programme gouvernemental, la contraception a été couramment pratiquée par les médecins de ville pour leur clientèle privée depuis l'abrogation de la loi interdisant la circulation et la vente des produits anticonceptionnels . D'autre part, une forme organisée de l'initiative privée dans ce domaine s'est manifestée par la création d'une association nationale de protection familiale groupant des hommes politiques, des médecins et des travailleurs sociaux .

3°- Le programme expérimental .

Celui-ci a été dirigé directement par le Responsable des services médicaux de la République sous l'autorité du Ministre , ce qui a facilité l'intégration de la protection familiale dans les services de la Santé . Il s'agit d'un service public fonctionnant en collaboration très étroite avec l'Administration du programme et les services du plan et des statistiques et, en ce qui concerne la réforme des structures juridiques, avec le ministère de la Justice .

Le personnel employé pour l'exécution du programme ne comprend que des agents sanitaires formés et recrutés selon les règles propres au service de la Santé; au préalable, il reçoit une formation complémentaire spécifique . Les sages-femmes qui constituent les principales animatrices du centre de protection familiale, reçoivent leur formation dans un centre de démonstration pour l'hygiène maternelle et infantile où fonctionne une clinique de protection familiale . Après une formation de trois mois dans ce centre pilote, elles accomplissent un stage de deux semaines dans une clinique dépendant d'un service de gynécologie d'un hôpital auquel la clinique est rattachée. La formation est accomplie sous la direction d'une sage-femme et d'un gynécologue expérimentés.

A l'issue de cette formation, la sage-femme est autorisée à donner des consultations de planification

familiales dans les centres de P. M. I. où elle est affectée. Ses attributions sont cependant limitées aux conseils sur la contraception et à la distribution des contraceptifs usuels . Elle ne peut prescrire les pilules orales, ni procéder à l'insertion d'appareils . Dans ces deux cas, son rôle consiste à présenter les femmes aux médecins compétents à la clinique ou à l'hôpital et à tenir les archives.

Les cliniques de planification familiale qui sont encore peu nombreuses, ne reçoivent que les femmes mariées sans distinction de classe et sans tenir compte du nombre d'enfants . La mère est ainsi libre d'opter, soit pour la limitation des naissances, soit pour leur espacement . Mais dans l'ensemble, la clientèle se recrute essentiellement chez les mères de familles nombreuses des couches les plus pauvres . Les femmes de classes plus aisées préfèrent s'adresser à leur médecin privé .

Il est à remarquer que pour des raisons techniques, l'organisation ne permet pas encore de s'adresser aux hommes .

Ce programme expérimental a été financé par le budget de l'Etat et une allocation de la Fondation Ford (soit $ 200.000, soit 104.000 dinars) . Son coût total pour les deux ans s'élève à $370.000 (soit 192.000 dinars tunisiens). En 1966, la Fondation Ford a encore alloué : $ 324.000 (soit 169.000 dinars) .

Les appareils intra-utérins utilisés sont : les boucles de Lippes et les spirales de Margulies ; les boucles sont les plus demandées . Le service de la planification de même que la fourniture des produits sont mis gratuitement à la disposition de toutes les catégories de la population ; les fournitures étant distribuées par la sage-femme au cours de la consultation .

Une enquête de ("connaissance, attitude et pratique") encore incomplètement publiée dont les premiers résultats parus en ce qui concerne les promesses de cette phase de Juin 1964, Juin 1966 (par Jacques VALLIN) (2) , permet de faire un certain nombre de constatations fondamentales sur les aspirations de la Population .

Alors qu'en Tunisie la descendance finale (nombre d'enfants mis au monde par femme pour l'ensemble des femmes de 50 à 55 ans) est de l'ordre de 7; l'enquête de 1964 révèle que les femmes Tunisiennes désiraient 3, 6 à 4 enfants selon leurs âges (3) . Si à une époque où la mortalité infantile était élevée, ces deux données pouvaient être tout à fait compatibles, il est évident qu'elles ne peuvent plus l'être aujourd'hui . D'autre part, on sait d'après cette même enquête, que 72% des femmes de 30 à 39 ans ne veulent plus d'enfants et que cette proportion s'élève à 87% chez les femmes du même âge ayant déjà 4 enfants au plus . Il est important de noter qu'une femme, en Tunisie, mariée, de 30 ans , est susceptible d'engendrer en moyenne 3 enfants supplémentaires et que ce chiffre est encore égal à 2 si la femme a 39 ans . Il ressort donc que le désir de limiter le nombre des naissances est très important en Tunisie et que la conjoncture politico-sociale était d'avance favorable à une campagne de contraception .

C_/ ETAPES FRANCHIES PAR LE MOUVEMENT ET REACTION .

La Tunisie a été le premier pays du Magreb et du Proche-Orient ayant opté pour un régime de Planification des naissances avec un programme .

C'est en 1964 que le Gouvernement lança un programme National visant à limiter la population : mais en réalité ce n'est qu'en Juin 1967 que le Programme National entra dans sa phase active . Cette date a été le début d'une action hardie dont on verra par la suite, malgré le peu d'années écoulées, les bienfaits et les résultats auxquels elle a abouti .

Cette mesure découlait de l'étude entreprise par le "Conseil de la Population" pour connaître l'attitude des gens envers la régulation des naissances et la situation économo-démographique dans le pays .

Cependant, le programme d'action qui couvrait tout le pays n'avait pas considéré la nécessité de former convenablement et en nombre suffisant le personnel médical et paramédical . D'autre part, la diffusion des informations techniques par les Organisations féminines n'était pas très convaincante ni soutenue . Tout ceci a entraîné un échec du programme et un sentiment d'antagonisme et d'hostilité dans la population et même parmi les membres de la profession médicale, surtout en ce qui concerne la contraception intra-utérine .

De plus, dans un discours en 1966, le Chef de l'Etat qui avait depuis le début donné son plein appui au programme national, dit qu'il n'avait pas l'intention "de décourager les jeunes gens sains du pays d'avoir des enfants" .

On interpréta cette déclaration comme une critique de la limitation des naissances, ce qui eût pour conséquence la suspension du programme national . Cette mesure provoqua dans tous les cercles de la Société Tunisienne,des discussions sur le sujet et une révision des idées . Un groupe de membres de la Profession Médicale, de représentants des organisations féminines et éducatives se réunit pour considérer s'il serait possible d'instituer un comité coordinateur bénévole dans le domaine familial qui servirait d'organisme d'information et d'instruction pour clarifier les deux interprétations de la planification familiale .

Son rôle principal serait d'aider le Gouvernement à instruire la population ainsi qu'à former le personnel médical et paramédical dans les principaux hôpitaux . Ce programme trouvera une plus grande extension avec l'aide de l'Association et de l'I. P. P. F. A la demande du Gouvernement, le programme a porté sur toutes les méthodes plutôt que sur une seule . Et c'est ainsi que fut officiellement fondée en Avril 1968 avec l'aide de l'I. P. P. F. (revue de l'I. P. P. F. n°183, Mai 1969) l'Association Tunisienne . Elle eut pour objectif de promouvoir à la planification familiale comme moyen désirable d'avoir des enfants qui seront capables de mener une vie à la fois utile

et heureuse et de devenir des membres sains de la Société, de fournir des informations sur les méthodes contraceptives acceptables et de contribuer ainsi à éviter des grossesses non désirées .

Le dernier séminaire international sur la reproduction humaine tenu à Tunis du 31 Mars 1969 au 3 Avril 1969 sous le haut patronage des Professeurs HUBINONT et BAULIEU a vu à sa clôture l'inauguration du siège officiel de l'Association Tunisienne de Planification Familiale .

D/ LA REGULATION DES NAISSANCES TELLE QU'ELLE A ETE VUE LORS DU SEMINAIRE INTERNATIONAL SUR LA REPRODUCTION HUMAINE - PERSPECTIVES .

On a fait remarquer que notre option pour une politique de planification repose sur des faits socio-économiques bien établis .

La réalité est que le rythme de croissance de notre population est plus rapide que celui de nos ressources naturelles et réelles ; le poids des jeunes générations qui sont les plus nombreuses et les moins productives , risque de freiner considérablement notre développement économique .

Un programme d'action a donc été choisi pour harmoniser la croissance de notre population avec nos objectifs de promotion sociale et d'élévation du niveau de vie des habitants ; dans ce cadre, nous avons adapté nos structures juridiques à la politique tracée .

E/ LES DIFFICULTES RENCONTREES ET LES SOLUTIONS PROPOSEES AU SEMINAIRE DE LA REPRODUCTION HUMAINE .

On a invoqué que nos activités dans ce domaine ne datent que de 4 années, ce qui constitue un laps de temps assez court pour permettre l'évaluation des répercussions du programme sur l'évolution démographique en Tunisie, alors que normalement, il faut un écart de 10 ans .

Il s'est avéré nécessaire d'intégrer les opérations de planification Familiale dans les services de la Santé Publique et de lier la contraception à la santé de la mère en la pratiquant au cours des consultations pré et post-natales et de gynécologie et en organisant un programme post-partum ayant pour cadre les services de maternité .

On a constaté que la plupart des clientes des services de planification familiale appartiennent à des milieux modestes où la natalité est la plus forte et le niveau culturel assez rudimentaire , elles ne sont donc pas en mesure de comprendre les objectifs lointains d'un programme de planification familiale, tels que le développement économique et l'élévation du niveau de vie consécutifs à une croissance harmonieuse de la reproduction et des consommateurs .

Il faut également citer le problème non moins capital de l'éducation sanitaire dans le domaine de la contraception qui constitue un facteur déterminant : la mauvaise interprétation des résultats par le personnel bénévole dans l'application des techniques de la contraception a été un facteur et une arme pour la résistance contre les campagnes de la première période .

Et c'est dans ce sens après de multiples difficultés rencontrées pour développer l'éducation sanitaire dans les services de Santé Publique, qu'on a vu la nécessité de disposer d'un organisme approprié du type Ecole de Santé Publique pour éduquer le personnel paramédical et le public dans le domaine de la contraception .

Au point de vue opérationnel, la principale difficulté est liée à l'étendue du service de la Contraception familiale : par leurs effets cumulatifs et leur répétition, les opérations de contraception , n'ont rien de comparable avec l'action sanitaire habituelle .

En effet, il est relativement aisé pour un praticien de procéder à l'insertion d'une vingtaine de stérilets au cours d'une même séance de travail, mais, lorsqu'il aura accumulé 2000 à 3000 insertions parmi sa clientèle, les contrôles périodiques, le traitement des complications réduisent le nombre d'insertions à 2 ou 3 par séance .

Or, l'expérience montre que toute limitation des examens de contrôle au profit de nouvelles opérations de contraception, aboutit fatalement à l'échec de la méthode chez la contraceptrice et à son discrédit auprès des candidates .

Déjà, bien que ne disposant pas encore de moyens suffisants pour effectuer un contrôle systématique de toutes les femmes qui pratiquent une méthode de contraception, nous constatons qu'au cours de l'année 1968, il y avait trois femmes qui consultaient pour un contrôle , contre une seule qui acceptait la contraception .

Il reste enfin à parler du problème qui empêche à lui seul l'extension du programme : la pénurie de médecins et de sages-femmes .

Selon les prévisions du programme expérimental, on escomptait faire adopter la contraception orale ou la contraception intra-utérine à 60.000 femmes en moyenne

par année, dans les cinq années à venir . Les résultats actuels sont bien inférieurs aux données ; il est néanmoins urgent de faire abaisser notre taux de natalité de 45 ‰ à 38 ‰, comme il avait été prévu . Ce programme est-il encore réalisable ? nous essaierons dans les pages qui suivent de répondre à ces questions .

Seule, notre volonté d'aboutir nous aide à dominer tous ces problèmes et ces difficultés ; en utilisant au mieux nos possibilités réelles ainsi que l'aide matérielle et intelligente des grandes organisations internationales .

REALITES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES EN TUNISIE ET REGULATION DES NAISSANCES (1)

PRIORITES DEMOGRAPHIQUES ET SANITAIRES JUSTIFIANT LA CONTRACEPTION ET LA PLACE DE L'AVORTEMENT SOCIAL SELON LA CONFERENCE INTERNATIONALE DE L'I.P.P.F. A BANDUNG (2) .

On considère habituellement que la seule façon de provoquer une baisse de la fertilité globale, serait de persuader les femmes jeunes en période d'activité génitale et ayant peu d'enfants, à souscrire à tout programme de contraception familiale : cependant la dernière conférence de Bandung a révélé à travers la communication du Docteur PERKINS que, contrairement à ce que l'on peut communément penser les femmes multipares seraient les plus favorables à tout régime contraceptif et que tout nouveau programme qui profiterait de l'empressement de ce groupe à adopter les méthodes contraceptives, contribuera sans aucun doute à faire baisser le taux de natalité d'une façon significative . Ceci revient à dire que l'effort contraceptif doit non seulement s'adresser aux femmes jeunes, mais aussi s'étendre aux femmes plus âgées qui doivent être converties à la contraception .

Les facteurs qui affectent d'une façon néfaste le taux de procréation sont fort bien connus . Par exemple, chez les femmes de 20 à 29 ans 3) le taux de mortalité infantile et d'enfants mort-nés augmente avec l'âge de la mère .

La naissance avant terme, qu'elle soit basée sur un poids de naissance inférieur à la moyenne ou sur un raccourcissement de la durée de la gestation est plus fréquente chez les femmes âgées .

Une réduction du nombre de grossesses chez les femmes âgées aurait pour conséquence une baisse du taux de la mortalité infantile et du taux de mortalité de la mère .

La mortalité infantile et maternelle ainsi que la morbidité s'apparentent également à la parité des mères ; au-delà de cinq grossesses, le risque augmente avec chacune des grossesses (4) .

Les antécédents médicaux et obstétricaux de la mère influencent le résultat des grossesses à venir : les grossesses à intervalles courts sont responsables des anémies fréquentes dans les pays en voie de développement . Cette anémie, à son tour augmente les risques liés à la maternité et peut être néfaste pour le fœtus au cours de toute grossesse ultérieure . Ceci rejoint parfaitement l'étude menée en Tunisie dans notre service et dans cette même perspective . Ainsi, le risque que court une femme enceinte multipare d'un milieu pauvre qui a récemment accouché et dont les antécédents sont défavorables s'accroît de façon multiple . Les programmes de Planning Familial ou tout programme sanitaire qui a pour but l'abaissement de la mortalité infantile et maternelle se doivent de rallier tout particulièrement des femmes "à risque élevé" . Ce groupe "à risque élevé" pourrait comprendre toute femme de trente ans au plus ou celles ayant trois ou plus de trois enfants vivants . Les femmes qui ont récemment accouché, les femmes des milieux ruraux, les femmes pauvres devraient jouir d'un statut prioritaire encore plus grand à l'intérieur de ce groupe " à risque élevé" .

Ces conclusions viennent renforcer l'utilité et la réalité de la politique menée depuis quelques années en Tunisie , par l'autorisation de l'avortement social pour les femmes en question à "risque élevé" et la valeur ainsi que l'opportunité de notre fameuse loi autorisant l'avortement dans le cas de cinq enfants vivants .

ETUDES SUR LA FECONDITE : REGRESSION DE CETTE FECONDITE CHEZ LA FEMME TUNISIENNE (5) .

En dirigeant une enquête menée à Tunis auprès de 670 familles sur la fécondité différentielle (6) et l'agrandissement des ménages, premier essai dans ce domaine, le Centre d'Etudes de Recherches Economiques et Sociales vient de fournir une contribution à l'analyse approfondie du comportement de la population Tunisienne pendant cette phase de transition où les valeurs, comme les attitudes, subissent les effets des diverses mutations tant provoquées qu'attendues . Cette contribution est d'autant plus importante en son genre qu'elle renseigne sur la fécondité différentielle et les normes de fécondité de la famille Tunisienne en général, encore plus proche de ses traditions que des vues modernes, et donc peu ou prou Malthusienne .

A_/ LA FECONDITE SELON LA CATEGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE DU PERE (7) .

(voir tableau I page suivante)

Catégories socio-professionnelles du père	*Femmes âgées de 15 à 50 ans*	*Naissances vivantes*	*Avortements*	*Mort nés*	*Grossesses*	*Taux de fécondité pour 1.000 femmes mariées 1963/64*	*Grossesses pour 1000 femmes âgées de 15 à 50 ans de 1965/ 1966*
Journaliers ouvriers	340	147	10	12	169	*216,2*	*248,6*
Petits artisans et moyens commerçants	54	29	4	1	34	*268,5*	*314,0*
Petits employés et moyens fonctionnaires	188	63	3	9	80	*167,2*	*212,8*
Grands commerçants, industriels, propriétaires, fonctionnaires	8	4	-	-	4	*250,0*	*250,0*
Hauts fonctionnaires, professions libérales	29	6	-	-	6	*103,4*	*103,4*
Toutes catégories	619	249	22	22	293	*201,1*	*236,7*

TABLEAU N° 1

Taux moyens des années 1965) 1966

La comparaison des taux de fécondité permet de souligner en particulier :

- Ce sont les femmes des hauts fonctionnaires et celles dont le mari s'adonne à une profession libérale qui ont un taux de fécondité le plus bas : 103,4 ‰ ,
- Les femmes des journaliers et des ouvriers ont un taux de fécondité intermédiaire 216 ‰, alors que les femmes des artisans et des commerçants et celui des femmes des employés, petits et moyens fonctionnaires: 167,2 ‰ .

De cette perspective, on peut déduire que :

1- plus le niveau culturel est élevé, et plus la fécondité est faible .

Il semble que l'élite intellectuelle espace davantage les naissances que le reste de la population .

2- de deux catégories socio-professionnelles groupant des gens peu instruits, donc de même niveau culturel, celle qui a la fécondité la plus basse est celle qui a le niveau de vie le plus élevé .

B_/ LA FECONDITE SELON L'ORIGINE GEOGRAPHIQUE DU MARI (Année 1965-1966) .

Le taux de fécondité n'accuse qu'une très légère différence selon les régions .

C_/ LA FECONDITE SELON LES QUARTIERS DE TUNIS (1965-1966) .

(voir tableau II page suivante)

Quartiers	Femmes âgées de 19 à 50 ans	Naissances vivantes 1965/66	Grossesses 1965 1966	Taux de fécondité	Grossesses pour 1.000 femmes	Ecart relatif entre les taux successifs	
						Naissances vivantes	Grossesses
1	2	3	4	5	6	7	8
(8) Pauvres	230	105	120	228,5	260,9	14,4 %	16,3 %
(9) Inter-médiaires	263	105	118	199,6	224,3		
(10) Aisés	126	39	55	154,7	218,2	29,3 %	2,8 %
TUNIS	619	249	295	201,1	236,7		

TABLEAU N° 2

L'examen de la première colonne permet de faire les remarques suivantes :

- Plus un quartier est déshérité (8) et plus la fécondité des femmes qui y habitent est élevée et réciproquement, plus il est aisé et plus la fécondité des femmes qui y résident est faible .
- Les quartiers intermédiaires (9) ont le même taux de fécondité (199‰) que le taux de Tunis (201‰) .
- La fécondité dans les quartiers aisés (10) est égale aux 2/3 de celle que l'on observe dans les quartiers pauvres .

Il faut remarquer les écarts entre les fécondités :

- entre les quartiers pauvres et les quartiers intermédiaires : il est de 14, 4% ,
- entre les quartiers intermédiaires et les quartiers aisés, il est de 29, 3 %;
- entre les quartiers pauvres et les quartiers riches : il est de 47, 7 % .

Ceci montre que la population des quartiers intermédiaires est par sa natalité plus proche de la population des quartiers pauvres que de celle des quartiers aisés .

Les colonnes 6 et 8 montrent également que la probabilité pour une femme d'avoir une grossesse est plus élevée dans un quartier déshérité que dans un quartier qui l'est moins . L'écart est beaucoup plus grand entre la fécondité des femmes habitant les quartiers pauvres d'une part, et celle des femmes habitant les quartiers intermédiaires , d'autre part (16, 3 %), qu'entre la fécondité de ces dernières et celle des femmes résidant dans les quartiers aisés (2, 8%) .

Ceci signifie que dans les quartiers intermédiaires, la fréquence de la mortalité fœtale et de la mortinatalité se rapproche davantage de celle des quartiers pauvres que de celle des quartiers aisés .

Une conclusion apparaît donc : les femmes habitant les quartiers aisés, contrôlent davantage leurs grossesses que leurs naissances (qui seraient en partie désirées) ce qui précise encore l'existence réelle d'une fécondité différentielle .

D/ PROBABILITE D'AGRANDISSEMENT D'UNE FAMILLE ET TAUX DE REPRODUCTION .

La probabilité calculée en 1966 pour qu'une femme de "n" enfants ait un autre enfant .

Naissances vivantes déjà survenues	*Nombre de femmes ayant eu "n" enfants*	*Femmes ayant eu au moins "n" enfants*	*Probabilité d'agrandissement d'une famille de "n" enfants*	*Probabilité d'agrandissement d'une famille en France en 1952*
0	26	670	à 0 : 0,961	à 0 : 0,755
1	47	644	à 1 : 0,929	à 1 : 0,733
2	80	597	à 2 : 0,868	à 2 : 0,652
3	72	517	à 3 : 0,863	à 3 : 0,620
4	73	445	à 4 : 0,838	à 4 : 0,629
5	69	372	à 5 : 0,817	à 5 : 0,635
6	81	303	à 6 : 0,733	à 6 : 0,621
7	59	222	à 7 : 0,734	à 7 : 0,597
8	59	163	à 8 : 0,601	
9	35	98	à 9 : 0,648	
10	27	63	à 10 : 0,571	
11	14	36	à 11 : 0,611	
12	15	22	à 12 : 0,318	
13	7	7		

TABLEAU N° 3

Probabilité d'agrandissement d'une famille de "n" enfants - TUNIS 1966.

L'examen de la 4ème colonne montre que les probabilités sont particulièrement très élevées : la comparaison avec la France où la fécondité est faible, le montre bien .

Les probabilités deviennent de plus en plus faibles au fur et à mesure que s'élève le rang de naissance et particulièrement jusqu'au 8ème enfant .

Si on applique les résultats à 1.000 femmes, on pourrait dire que :

- 963 d'entre elles ont eu au moins 1 enfant,
- 929 ont eu au moins 2 enfants ,
- 868 ont eu au moins 3 enfants .

On peut dire également que sur 1.000 femmes :

- 39 ont eu 0 enfant (1.000 - 961 = 39)
- 128 ont eu 1 enfant (1.000 - 833 = 128)
- 113 ont eu 2 enfants .

Les populations à forte probabilité d'agrandissement sont des populations à fécondité élevée, naturelle ou proche de l'état naturel .

C'est le cas de la population de Tunis .

Il faudra cependant préciser,comme il est venu dans l'enquête, que les femmes fécondes sont aussi les plus nombreuses du moins dans l'échantillon (Tableau IV) La structure par âge explique aussi en partie pourquoi les probabilités des familles sont élevées .

Age des femmes	Nombre de femmes	Naissances 1965/1966	Taux moyens de fécondité
15 - 19 ans	19	3	150,0
20 - 24 ans	76	44	289,5
25 - 29 ans	117	58	248,0
30 - 34 ans	168	73	217,6
35 - 39 ans	129	55	213,0
40 - 44 ans	77	12	78,0
45 - 49 ans	43	4	46,5
15 - 49 ans	619		201,0

TABLEAU N° 4

Taux de fécondité - Taux moyens 1965/1966
Enquêtes du C.E.R.E.S.

Cependant si on se réfère à la communication présentée au Colloque de démographie magrébine à Tunis (6-10) Janvier 1969 (11) , les courbes utilisées pour l'enquête ne montrent pas de variations notables de la fécondité sauf pour jeunes âges (15-19 ans et 20-24 ans) . On a montré la nette différence entre la fécondité urbaine qui est plus faible que la fécondité rurale à chaque âge et plus particulièrement aux jeunes âges et aux âges élevés, alors qu'à 25-29 ans, elle est peu différente .

Age de la mère / Années	Naissances déclarées			Répartition proportionnelle de naissances déclarées			Taux de fécondité		
	Etat civil		Enquête	Etat civil		Enquête			
	1960	1965	1967	1960	1965	1967	1960	1965	1967
- de 20	10.771	15.548	237	5,9	8,0	3,9	61,5	83,6	36,4
20 - 24	45.962	41.699	1.225	25,2	21,6	20,3	310,6	279,9	277,0
25 - 29	49.581	50.599	1.571	27,3	26,3	26,0	354,2	332,9	343,6
30 - 34	38.922	42.887	1.416	21,4	22,2	23,5	304,1	293,7	324,4
35 - 39	23.189	27.863	1.033	12,7	14,4	17,1	207,7	217,7	240,0
40 - 44	10.197	11.245	420	5,6	5,8	6,9	113,3	115,9	135,3
45 - 49	2.549	2.492	114	1,4	1,2	1,9	33,1	30,4	42,5
50 - 54	897	887	26	0,5	0,5	0,4	13,8	12,7	12,7
	153	-	-	-	-	-	-	-	-
Total	182.221	193.220	6.042	100,0	100,0	100,0	194,9	191,3	188,8

TABLEAU N° 5

Fécondité selon l'âge - Janvier 1969 (12)

E/ AGE AU MARIAGE DES FEMMES PAR RAPPORT A LA DATE DE PROMULGATION DU STATUT PERSONNEL .

Selon le Tableau 5 , on peut remarquer une baisse des naissances à travers la baisse du taux de fécondité .

Age au mariage en années révolues	*CHIFFRES ABSOLUS*			*POURCENTAGES*		
	Avant 1956	*1956 1960*	*1961 1966*	*Avant 1956*	*1956 1960*	*1961 1966*
Avant 15 ans	143	14	11	32,3	9,6	12,3
16 - 17	110	18	19	24,9	16,7	15,8
18 et 19	105	33	53	23,8	28,9	33,3
15 - 19	358	70	63	81,0	55,2	61,4
20 - 24	59	29	30	13,3	26,3	25,4
25 - 29	21	11	15	4,8	13,2	9,7
30 et +	4	4	6	0,9	5,3	3,5
tous âges	442	114	14	100	100	100

TABLEAU N° 6

On peut faire en particulier les remarques suivantes :

- Si seulement moins de 1% des femmes se mariaient après l'âge de 30 ans avant 1956, cette proportion monte à 5,3 % entre 1961-1966 .
- Si avant 1956 à l'âge de 20 ans, 81% des femmes étaient déjà mariées, cette proportion n'est que de 55,2 % entre 1961-1966 .

Cela signifie que pratiquement le 1/4 des mariages des femmes avait été reporté au-delà de 20 ans . On comprend alors que la descendance moyenne par femme diminue, ceci est d'autant plus important qu'il est le résultat de la législation sur l'âge au mariage .

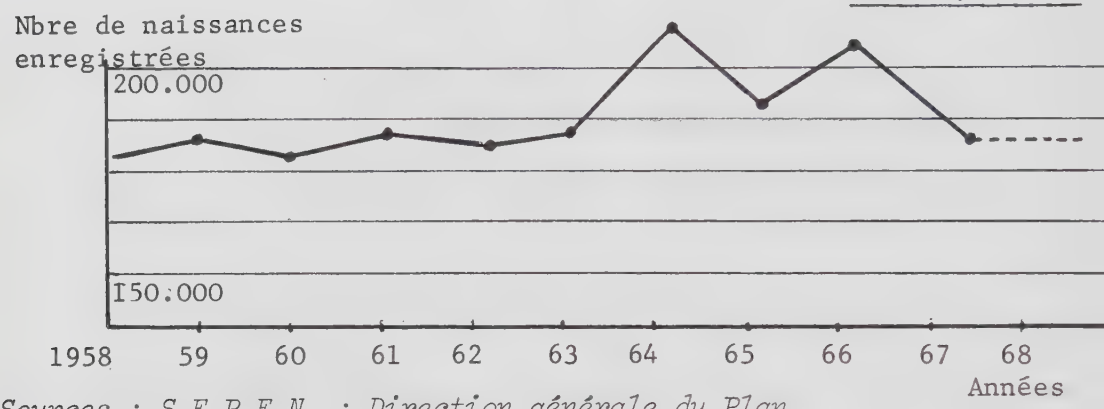
CONCLUSIONS PRATIQUES .

INFLUENCE DU NOMBRE ANNUEL DES NAISSANCES ET DE LA NUPTIALITE SUR LA BAISSE DE LA FECONDITE EN TUNISIE .

Si on se réfère à la communication récente au colloque de démographie Maghrébine (13) et après analyse des courbes et des chiffres avancés par les démographes et l'état Civil, on constate avec eux que la courbe des naissances effectivement après avoir été légèrement ascendante de 1958 à 1966, montre une baisse de la fécondité et ce, à partir du milieu de l'année 1966, cette baisse allant d'ailleurs en s'accentuant en 1967 et en 1968 .

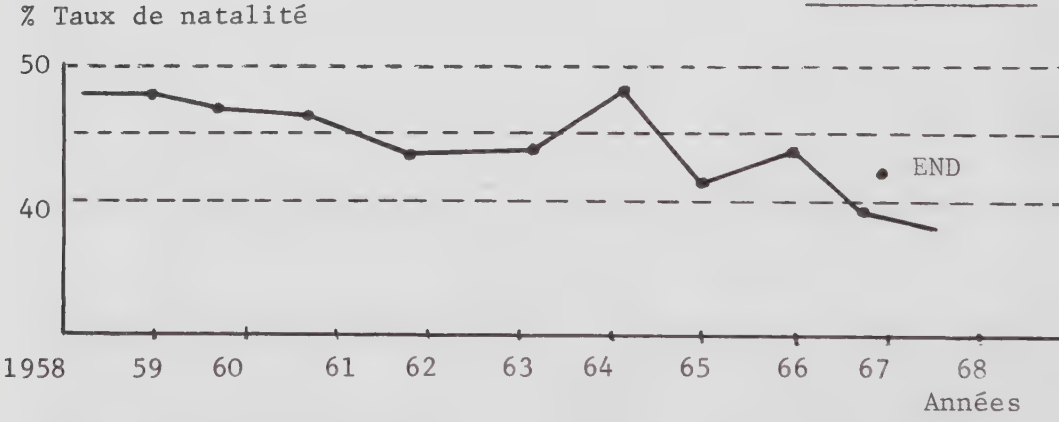
EVOLUTION DU NOMBRE ANNUEL DE NAISSANCES
(enregistrées à l'Etat Civil)

GRAPHIQUE n° 1

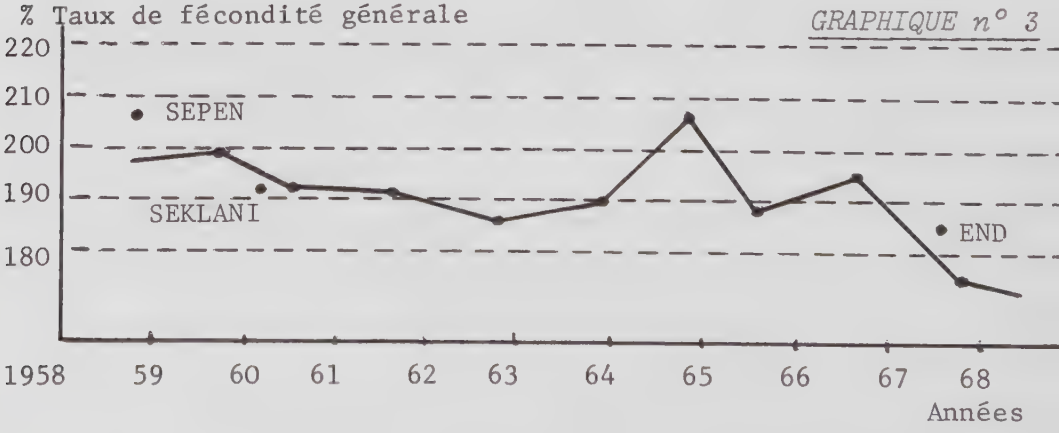


Sources : S.E.P.E.N. : Direction générale du Plan
"Mouvements de la population 1961-1967"

GRAPHIQUE n° 2



GRAPHIQUE n° 3



Années	*Nombre de naissances*	*Années*	*Nombre de naissances*
1958	181.144	1963	187.395
1959	184.204	1964	206.046
1960	182.221	1965	191.734
1961	184.396	1966	201.777
1962	181.861	1967	187.329
		1968	186.000

TABLEAU N° 7

De 1958 à 1963, l'évolution du graphique (14) est monotone et très légèrement ascendante , les années 64, 65, 66 ont doublement perturbé cette régularité .

- par une hausse brusque du nombre de naissances enregistrées ,
- par une forte oscillation par 2 maximums en 1964 et 1966 et un minimum en 1965 ,
- par contre, les années 1967 et 1968 marquent une baisse sensible du nombre de naissances qui se trouvent ramenées au niveau de 1963 .

En calculant et en suivant l'évolution des taux de natalité enregistrée (graphique n°2) on remarque une baisse lente et régulière de 1958 à 1963 . Puis une perturbation de 64, 65, 66 et enfin une amorce de baisse rapide en 1967 et 1968.

La nuptialité quant à elle a eu sa part dans la baisse de la fécondité : selon les recensements des femmes mariées de 1956 et de 1967, on peut voir :

Age de la femme	*% des mariées en 1956*	*% des mariées en 1966*	*Fécondité générale 1967 enquête*	*Fécondité légitimes corresp. 1966/1967*	*Fécondité générale avec % mariées de 1956*
15-19	39,8	18,4	36,1	197,8	78,7
20-24	76,8	71,1	277	389,5	299,1
25-29	89,1	88,5	343,6	388,2	345,9
30-34	90,6	92,4	324,4	351,0	318,0
35-39	88,0	91,8	240,0	261,4	230,0
40-44	82,9	87,9	135,3	153,9	127,6
45-49	72,9	81,8	42,5	51,9	37,5
50-54	62,3	70,4	12,7	18,0	11,2
total			188,9		201,5

TABLEAU N° 8

L'âge au mariage peut avoir des conséquences durables sur la fécondité . On a pu calculer selon les recensements, les proportions des femmes mariées par groupe d'âge (entre 15 et 54 ans), les chiffres les plus frappants dans le tableau sont la proportion des femmes mariées dans le groupe de 15-19 ans = 40% des femmes de ce groupe étaient déjà mariées en 1956 contre 20% en 1966 .

Ainsi, les changements intervenus dans la nuptialité entre les deux recensements de 1966 et 1967 (E.N.D.) ont conduit à une baisse de la fécondité de l'ordre de 5% (15) .

Cependant on ne sait pas dans quelle mesure on doit attribuer cette baisse à la loi de 1964 car l'amélioration de la condition féminine a été une préoccupation constante de la Tunisie depuis l'Indépendance, mais il se peut bien qu'elle explique en partie l'évolution récente de la natalité .

EFFET DE LA CONTRACEPTION SUR LA NATALITE .

Consiste surtout dans l'appréciation du nombre de grossesses évitées par le stérilet méthode anticonceptionnelle essentielle de notre programme jusqu'en 1968, date à laquelle l'utilisation des pilules et des condoms a connu un plus grand développement .

En s'aidant des taux de rétention estimés du stérilet, chaque année, les experts peuvent adopter à chaque moment le nombre approximatif des utilisatrices . Aussi, selon la communication au colloque de démographie Maghrébine (Janvier 1969) (16) :

- Pour un total de 16. 168 utilisatrices (en Juin 1966) on a estimé que 5. 000 naissances ont été évitées en 1967 .
- Pour un total de 23. 329 utilisatrices (en Juin 1967) on a estimé à 7. 155 le nombre de naissances évitées en 1968 .

Un certain nombre de naissances supplémentaires ont probablement été évitées par des femmes utilisant d'autres méthodes anticonceptionnelles, et les femmes souscrivant chaque année aux avortements sociaux .

Somme toute, il nous apparaît aussi bien à Tunis qu'en Tunisie que la fécondité, selon les différentes structures du Pays, est assez élevée, aussi bien en rapport avec les différentes couches sociales, que l'âge ou la nuptialité . Ce qui nous amène à souscrire et à appuyer la nécessité impérative d'un programme national sur la contraception en Tunisie, en vue d'une baisse de la fécondité et par là même, une diminution de la natalité .

L'ISLAM DEVANT LES DIFFERENTES PRATIQUES CONTRACEPTIVES

L'Islam étant l'une des principales religions monothéiste du monde et non la moins importante, il était donc intéressant de connaître son point de vue face aux problèmes actuels de contraception .

Il faut tout d'abord insister sur le fait que l'Islam a toujours été dans ses institutions, une religion très opportuniste, aussi la trouve-t-on très favorable aux pratiques contraceptives . En effet, rien dans cette religion n'interdit les données et les moyens dont s'inspirent la planification familiale et la régulation des naissances .

La religion musulmane ne dispose pas d' un clergé et les dernières manifestations du maraboutisme en Tunisie remontent à une quarantaine d'années .

L'Etat Tunisien en recommandant la prévention de la grossesse n'a fait que s'inspirer en réalité des pratiques autorisées depuis plus de quatre siècles et demi par les docteurs de l'Islam .

En général, le point de vue de l'Islam en ce qui concerne la contraception indépendamment des circonstances économiques et sociales est d'accorder aux individus, un libre choix quant au contrôle de leur fertilité, de prévenir les grossesses aussi longtemps que leur intérêt ou celui de la communauté dans laquelle ils vivent le nécessite .

Cependant, il existe une contradiction entre, d'une part les possibilités qui sont imparties aux musulmans de limiter licitement leur descendance et, d'autre part, leur refus de jouir de ces possibilités . Cette position étonne plus d'un observateur, d'autant plus que ce refus se "justifie" sous le masque de la religion .

Effectivement, l'Islam a constitué du moins auprès des masses, une barrière non négligeable à la diffusion de la Planification Familiale, non tant par sa doctrine proprement dite concernant la contraception, que par ses institutions . Il faut voir que dans les sociétés Arabo-musulmanes, les facteurs religieux sont aussi des facteurs culturels qui conduisent à des caractéristiques de la famille qui, à leur tour, se déterminent des mécanismes mêmes de cette famille .

A_/ SELON LA LITTERATURE ARABE ,

la fécondité a toujours été pendant les siècles passés, chez les Arabes, aussi bien que chez les Musulmans, un titre de fierté, un moyen de domination, voire même un motif de dérision à l'égard de ceux dont la natalité était faible, à telle enseigne que le poète Arabe dont la tribu était peu nombreuse s'en excusait en ces termes :

"Elle (la tribu rivale) nous reprochait notre petit nombre .

"Je lui rétorquais que les âmes généreuses ne sont pas nombreuses" .

Un grand penseur et poète Arabe, ABOU EL ALA EL MAARI , il y a plus de 50 ans déjà, dans un esprit de révolte s'exclamait ainsi :

"Ma venue au monde est un crime que mon père a commis, crime qu'à mon tour, je n'ai point commis" .

Ce même philosophe était véritablement selon ses œuvres, un vrai partisan de la rationnalisation des naissances, puisqu 'il déclarait :

"Tous les habitants de ce bas-monde sont appelés à le quitter, la procréation est la meilleure des choses que tu y puisses faire, mais si tu veux procréer, fais-le avec discernement" .

B_/ POINT DE VUE DE L'ISLAM ET INTERPRETATION SELON LES EPOQUES .

Il faut savoir que les préceptes et la législation Islamique sont tirés de deux sources différentes, à savoir tout d'abord le "CORAN" code aussi bien civil que religieux, et d'autre part, ce que l'on appelle la "SOUNNA" qui représente autant de réponses à certains problèmes traités par le Prophète et rapportés par ses disciples dignes de foi .

Il est donc vrai que la législation Islamique a traité de la prévention de la grossesse ainsi que des moyens d'y parvenir ; aussi est-il utile de rapporter les enquêtes judicieuses et dignes de foi auxquelles ont abouti les conclusions d'un juriste "HEDI MADANI" (1) sur le contrôle des naissances .

Le Prophète, en tant que Chef spirituel de la Religion Islamique choisi par Dieu pour vulgariser les préceptes selon les textes transmis, répétait souvent les prières suivantes :

" Dieu préserve moi du grand fardeau" .

Comme on le lui demandait, il s'expliquait en ces termes:

" L'insuffisance de biens et le grand nombre de parents".

En ce qui concerne la prévention de la grossesse, il existe deux méthodes :

- les unes actives et irréversibles consistent à stériliser après leur consentement l'homme et la femme .
- les méthodes passives et réversibles se retrouvent dans l'effort volontaire individuel d'espacer les naissances .

La plus ancienne, la plus connue et retenue par les Savants Arabes et dont le Prophète n'a jamais interdit l'emploi est la méthode du "AZL" ou coïtus interrompus et retrait à l'éjaculation qui est une méthode volontaire permise par la "SOUNNA" . Il découle que si le "AZL" est permis par la religion, les méthodes contraceptives réversibles, c'est-à-dire qui agissent comme obstacle entre le sperme de l'homme et l'ovule sont donc permises du point de vue de la Religion .

Le Docteur Mohamed Salah MADHKOUR (2) un des plus grands oulémas, affirme lui aussi que si le "AZL" était interdit, le Prophète aurait eu à le stipuler clairement, et il pense que les méthodes de contraception sont autorisées par la loi Islamique car le prophète a permis le "AZL" . C'est là un raisonnement par analogie qui n'a cessé d'être un des fondements de l'Islam quant à l'interprétation des faits qui n'ont pas été soulevés clairement dans le Coran .

D'ailleurs, le Professeur SAUVY a qualifié le "AZL" ou retrait à l'éjaculation, comme étant le plus ancien des procédés que l'humanité ait connu ; l'absence de rapports sexuels pendant la période de fécondation de la femme ; les injections, etc.. sont les autres méthodes passives utilisées .

Un des grands chefs religieux du début de l'Islam "MOSLEM" dans son ouvrage " La vérité " a rapporté à propos d'une discussion les paroles du Prophète sur le "AZL" en ces termes : "Dieu, que son nom soit glorifié, a prévu tout ce qui est autorisé jusqu'au jour de la Résurrection" - "Tous ceux qui pratiquent le "AZL" sont des hommes pieux" .

Le savant MOSLEM a rapporté ce qui suit : "nous pratiquons le "AZL" à l'époque et s'il avait été réellement une chose interdite, le Coran nous l'aurait certainement interdit " .

Cela démontre deux choses :

- la première est que la liberté constitue le fondement des actes, de sorte que seuls sont interdits les actes que Dieu a bien voulu interdire par la voix de son Prophète ;
- la seconde est que Dieu avait connaissance des actes humains à l'époque de la dictée des lois , et le fait qu'il ne leur avait pas reproché la méthode du "AZL" est une preuve formelle de sa tolérance .

Citant le livre "El Mizane" (L'équilibre) , l'écrivain français C. H. BOUSQUET (3) estime à propos de l'obligation du consentement de l'épouse édicté par les trois Imans, que celle-ci constitue de la part des Docteurs de l'Islam, une marque de respect des droits de la femme ; même si le "AZL" est permis à l'époux, celui-ci ne doit en aucun cas en abuser et porter atteinte aux droits de l'épouse .

ABOU HAMED EL GHAZALI grand savant théologien dans son livre "Le renouveau des sciences religieuses" (4) , déclare après avoir précisé que les vœux ou buts légaux sont au nombre de cinq, et que parmi eux se trouve la sauvegarde de la santé de la femme , le troisième vœu, est la crainte du péché que l'on commet en donnant naissance à une trop nombreuse progéniture .

Les Musulmans tirent leurs préceptes et leur ligne de conduite du Coran dont les données religieuses, psychologiques, législatives et sociales ont été unanimement reconnues comme valables et applicables à n'importe quelle époque pour n'importe quelle situation et à n'importe quel endroit .

Ces mêmes paroles restent interprétables en fonction des circonstances . En effet, l'Islam apporte jusqu'à sa consécration à la conquête de l'espace . - " "ALLAH qui a mis à notre portée les cieux et la terre, le soleil et la lune, n'est pas incapable de fournir à l'homme cette dignité à laquelle il est naturellement destiné " . "Nous avons élu les enfants d'Adam" .

Tout ce que l'on vient d'énumérer comme arguments dignes de foi et existant dans les ouvrages, rapportent la conduite et les paroles du Prophète , les textes des grands théologiens Arabes .

L'interprétation des versets du Coran montre que les méthodes volontaires du coitus interrompus sont autorisées par tous les textes religieux musulmans depuis le premier siècle .

Les méthodes contraceptives actives ont été autorisées depuis plus de 10 siècles, on sait même que les Oulémas ont autorisé la femme à utiliser quelque chose pour obstruer le col de son utérus et empêcher ainsi, les spermatozoïdes d'y pénétrer et d'y féconder l'ovule; c'est d'ailleurs une méthode que l'on utilise de nos jours (capes-diaphragme-condoms) ceci est considéré comme le AZL interne . On a même dit que l'homme et la femme pouvaient avoir recours à certains médicaments qui retardent la grossesse à n'importe quel moment aussi longtemps qu'ils ne touchent en rien la potentialité de procréer. Cette déclaration couvre l'utilisation de la pilule .

Pour ce qui est de l'appareil intra-utérin : Certains théologiens ont autorisé les femmes à se débarrasser de l'ovule fécondé avant son implantation . On sait par ailleurs que l'ovule fécondé n'est implanté qu'au bout de quelques jours . Aussi si l'ovule fécondé pouvait être empêché de s'implanter à la suite de contractions tubaires ou s'il arrive dans un état qui ne lui permet pas l'implantation, ceci n'est pas contraire aux préceptes de la religion et autoriserait l'utilisation de l'appareil intra-utérin .

Au sujet de sa tolérance, il faudrait revenir un peu plus en arrière : au début de la civilisation Arabe et analyser les mœurs et les coutumes des nomades Arabes . Et c'est ainsi que "SIMON" (5) dans son ouvrage rapporte que les nomades connaissaient la pratique de la pierre qu'ils savaient poser à l'intérieur de l'utérus de leurschamellesavant d'entreprendre leurs longs voyages afin d'éviter la mise à bas de ces dernières au cours des traversées et éviter par là même les désagréments de l'abandon de leurs montures .

Une investigation récente et louable (6) unique encore dans son genre dans tous les pays Arabes a montré l'existence à la bibliothèque municipale de Tunis (7) d'un autre savant et théologien arabe "EL WANCHARISSI" dont l'œuvre a été longtemps méconnue et dont le document en 10 tomes unique et original est intitulé (El Miiar).

Dans le tome IV , pages 164-165 - au chapitre consacré au "Niquah" (du mariage) et aux opinions des docteurs de l'Espagne, de l'Ifriquia et du Maghreb relative au AZL, on a noté une phrase qui est à l'heure actuelle une preuve intangible de la tolérance de la contraception utérine et vaginale, du vivant de l'auteur, dès la fin du siècle dernier (1315 Hégire) - .

-"On a également permis à la femme de se prémunir des spermatozoïdes en fixant un préservatif à sa matrice" . (voir texte original joint en annexe) .

Ceci établit bien que certaines mesures de prévention préconisées aujourd'hui par les spécialistes , étaient depuis fort longtemps connues des Docteurs de l'Islam ; l'Etat Tunisien en recommandant la prévention de la grossesse n'a fait en réalité que s'inspirer des pratiques autorisées depuis plus de quatre siècles et demi par ces Docteurs .

C/ FATOUAS ET AUTORISATIONS DES GRANDS THEOLOGIENS CONTEMPORAINS VIS-A-VIS DES PRATIQUES CONTRACEPTIVES .

Les préceptes de l'Islam n'ont jamais été contre l'intérêt des gens, au contraire, ses lois sont destinées à leur assurer une vie heureuse : le but de la juridiction Islamique n'est pas d'être rigide avec les gens et de leur faire subir une grande soumission . En plus, les lois de l'Islam sont directement dérivées de textes sacrés du Coran ; des clarifications apportées par le prophète , de " L'Ijtihad" qui n'est autre que l'interprétation donnée par les adeptes qui entouraient le Prophète ainsi que par les Théologiens qui se sont inspirés des principes généraux de la juridiction Islamique pour trouver une réponse à certains problèmes qui n'ont pas été expliqués clairement dans le texte original .

La conférence Pan-Islamique qui s'est déroulée au Caire en 1965 a aussi permis aux Musulmans de contrôler leur fertilité si tels étaient leurs désir et leur intérêt . Il y a quelques mois, la Conférence Pan-Islamique qui s'est tenue en Malaisie a autorisé le contrôle de la fertilité pour des raisons économiques .

En plus de ce qui a été rapporté par la "SOUNNA" , plusieurs Fatouas (8) ont été divulgués en Egypte, depuis une trentaine d'années par la Maison des autorisations religieuses d'AL AZHAR autorisant la prévention des grossesses . Plusieurs pays Musulmans comme le Pakistan, l'Iran (9) , l'Egypte, la Jordanie, la Turquie, l'Algérie et le Maroc ont fait paraître des Fatouas suivant la même ligne .

1°- Autorisation .

Selon l'Université EL AZHAR (conf. document traduit à l'Anglais) .

- Mohamed Abdoul Fatah EL ANANI
- Présidentd de la Commission des Fatouas.

L'utilisation de médicaments pour prévenir temporairement les grossesses n'est pas interdite par la religion surtout si des grossesses répétées affaiblissent la femme en raison des intervalles insuffisants pour lui permettre de se reposer et de recouvrer sa santé ; le Coran dit : "ALLAH nous veut le bonheur, il ne nous veut point le malheur..." (2-12-185)... "Il ne veut nullement vous éprouver par la religion, ni vous mettre dans des situations embarrassantes..." (175).

Mais l'utilisation des drogues pour empêcher totalement et irréversiblement les grossesses est interdite par la religion (traduction du document).

Source :

- Mohamed Abdoul Fatah EL ANANI : Commission de la Fatoua ;
- Université d'El Azhar, en réponse à la question n° 6746 du Dr Mohamed Kamel Abdoul RAZZAK le 10 mars 1953.

2°- Autorisation :

- Revue Médicale (n° 20 = 1964)
- Centre de décrets religieux Egyptiens du Mufti (10) de l'Egypte.
- Signé : HASSANINE Mohamed MAKHLOUF.

Traduction de la réponse (cf. document en arabe) :

"On a pris connaissance du problème ; et on informe, compte-tenu des textes religieux et des opinions de la secte "Hanéfite" ; qu'il est autorisé de faire usage de certaines méthodes pour éviter une grossesse, selon la question posée, comme l'étreinte réservée et le coïtus interrompus (11) qu'avec l'autorisation et l'accord de sa femme, d'utiliser un préservatif quelconque qu'avec l'accord de son mari".

Il reste à parler de l'interruption de la grossesse par extraction du produit de conception hors de la matrice après sa fixation et avant la création définitive de l'être vivant (12) . Il y a eu controverse entre les théologiens Hanéfites (13) à ce propos et leur conclusion reste unanime pour l'interdire sauf pour excuse valable ; ils prennent l'exemple de la femme en aménorrhée d'allaitement qui tombe accidentellement enceinte de telle sorte que son lait tarisse et que le père n'aurait pas les moyens suffisants de nourrir et de subvenir aux besoins de cette nouvelle conception dont il craindrait la déchéance ultérieure faute de moyens . Cependant, si le fœtus est viable au sens médical du mot, l'interruption de la grossesse est interdite .

Sur le plan Tunisien = le Mufti Tunisien (14) reste fidèle à la conception de l'Islam qui concilie l'intérêt National avec ce que nous enseigne la religion .

Il est à rappeler que les comités régionaux de Kairouan et de Gabès se sont prononcés en faveur de la contraception familiale . En effet, durant les semaines du bien-être qui se sont déroulées dans les Gouvernorats en Avril et en Juin derniers , ces comités ont écrit des sermons qui ont été lus dans toutes les mosquées de ces deux régions . Ces mêmes sermons ont été diffusés la semaine suivante par la Radio sur la chaîne Nationale .

Donc, il ressort de toute cette énumération de preuves, que la religion Islamique reconnaît et autorise l'usage des différents moyens contraceptifs et même l'interruption de la grossesse sur cause évidente, comme une nécessité de protection de la Famille .

Les textes aussi bien anciens que récents des Docteurs et Théologiens arabes, sont une argumentation de valeur . La Religion Musulmane a toujours été une religion souple s'accordant avec les nécessités et besoins du moment .

Il resterait cependant pour être complet dans ce chapitre, à élucider une question ou plus exactement un verset qui est venu dans le Coran , qui a donné lieu à des controverses ardues et sur lequel une mise au point vient d'être faite :

"Il n'existe sur terre aucun animal dont Dieu n'ait prévu la subsistance" .

A première vue, ce verset paraît incompatible avec la notion de prévention de la grossesse .

Selon Mohamed RASHID RIDHA(15), le sens du verset serait le suivant :

"Il n'y a sur terre aucune espèce d'animaux qui n'ait sa subsistance, quelle qu'en soit la nature, préalablement prévue par Dieu . C'est-à-dire que, malgré la diversité des êtres organisés, Dieu a réservé à chaque espèce l'aliment qui lui convient, et l'a dotée d'un intinct lui permettant de l'atteindre" .

Et il ajoute : "Il ne faut pas s'étonner de voir parmi ces espèces animales y compris l'homme, des individus échouer dans leur recherche de la nourriture et mourir de faim" .

Le verset ne veut point dire que Dieu s'est engagé par sa seule volonté à fournir à ces espèces la nourriture dont elles ont besoin, qu'elles l'aient sollicité ou non, grâce à leur instinct, mais plutôt ce que nous avons précédemment dit à savoir que Dieu a créé pour chaque être organisé la nourriture indispensable et lui a tracé la voie pour y parvenir, comme il est d'ailleurs précisé dans le verset suivant :

"Dieu qui a donné à chaque chose sa subsistance et qui lui a ensuite tracé la voie" .

Le Prophète a bien dit : "Mariez-vous, procréez, vous n'en serez que plus nombreux, je serai fier de vous le jour du Jugement Dernier" .

Beaucoup pensent que la planification familiale réduit la procréation et que ceci va contre la parole du Prophète . Mais nous savons aussi que le Prophète a dit : "La famille nombreuse est l'une des deux formes de la pauvreté, la Famille réduite est l'une des deux prospérités" .

Il a dit aussi : "Le comble du malheur serait une nombreuse progéniture avec des ressources limitées".

Il est donc bien évident que la qualité prévaut sur la quantité comme a dit d'ailleurs le Prophète lui-même : "Ne vaut-il pas mieux être peu nombreux et forts que nombreux et faibles" .

Il ressort donc de ces propos qu'on se préoccupe actuellement conformément aux règles religieuses et aux conditions naturelles de doter la famille d'une règle de vie basée sur l'harmonisation des naissances allant de pair avec les ressources Nationales et par voie de conséquence, d'inciter le chef de famille à ne point abuser de son droit de procréer au point de porter préjudice à la santé de la mère et de l'enfant, à la Patrie (qui est la grande famille , qui elle-même s'en ressent des désordres de la petite famille) . Car il est indéniable que nuire à son prochain n'est pas conforme aux préceptes de l'Islam .

Il n'y a point de crime à ce que l'accroissement des naissances ne soit plus un des nombreux fardeaux pesant sur la famille, ni un motif de l'amenuisement de l'amour et de la tendresse que Dieu a placé dans le cœur des époux . Selon le verset "Sa volonté a fait qu'il a créé pour vous et issues de vous, des épouses qui sont vos refuges et instauré entre vous l'amour et la tendresse, que ceux qui réfléchissent méditent cet exemple" .

Ne doit-on pas voir dans ce verset un "appel à l'esprit" puisqu'il s'adresse à ceux qui réfléchissent, afin que la vie conjugale ait pour fondement une conception rationnelle, permettant l'instauration et l'épanouissement d'une atmosphère toute empreinte d'amour et de tendresse entre les époux .

Aussi est-il nécessaire de rappeler les propos du grand penseur et philosophe "ABOU EL ALA EL MAARI" :

> "Tous les habitants de ce bas-monde sont appelés à le quitter, la procréation est la meilleure chose que tu puisses faire, mais si tu veux procréer, fais-le avec discernement" .

DISPOSITIONS LEGISLATIVES TUNISIENNES CONCERNANT LA REGULATION DES NAISSANCES

Adapter nos structures juridiques à la politique, c'est là le point essentiel qui nous a permis d'engager notre politique socio-économique de régulation familiale . Ces textes juridiques ont été manifestement à l'origine de l'engagement dans le domaine de la planification familiale de notre pays, petit par sa superficie, mais dont la démographie peut se qualifier de "galopante" . La nécessité de promouvoir la promotion sociale de chaque citoyen dans les plus brefs délais afin de lui assurer une vie décente, a nécessité, par la force des choses , cette politique .

Cette série de lois bénéfiques a commencé à prendre jour depuis l'indépendance du pays . En effet , l'un des soucis majeurs du chef de l'Etat Habib BOURGUIBA Président de la République Tunisienne, était de "libérer la femme tunisienne des jougs ancestraux et de veiller à son émancipation et à la restauration de tous ses droits aussi bien civils que conjugaux " ; ce thème revient constamment dans tous les discours officiels . Il a inspiré toute une série de lois et de règlements depuis l'abolition de la polygamie jusqu'à la promulgation du nouveau code du statut personnel de la femme, ainsi que la création de 1' UNION NATIONALE DES FEMMES DE TUNISIE dont l'importance n'a cessé de s'accroître de jour en jour .

Selon la chronologie des faits et des lois, il faut citer :

- Loi sur l'interdiction de la polygamie insérée dans le code du statut personnel (1956)
- Loi sur la vente des produits anti-conceptionnels (1960)
- Loi concernant les Allocations familiales (1963) .
- Loi modifiée sur le recul de l'âge au mariage (1964) .
- Loi sur les indemnités familiales (1965) .
- Loi relative à l'avortement (1965) .

1 - LOI SUR L'INTERDICTION DE LA POLYGAMIE.

Code du statut personnel -décret du 13 Août 1956.

Article 18 : La Polygamie est interdite .

Quiconque, étant engagé dans les liens du mariage en aura contracté un autre avant la dissolution du précédent , sera passible d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de 240.000 francs ou de l'une de ces deux peines seulement, même si le nouveau mariage n'a pas été contracté conformément à la loi .

2 - LOI N° 61.7 (21 REDJEB) RELATIVE AUX PRODUITS ET REMEDES ANTI-CONCEPTIONNELS.

Article 1 :

L'importation, la publicité et la vente des produits et remèdes anti-conceptionnels sont soumises à la législation sur les produits pharmaceutiques définis par ce décret-loi n°62-16 du 16 Mars 1960 (18 Ramadan 1379).

Le visa Tunisien est obligatoire pour la mise en vente de ces produits et remèdes .

Article 2 :

Sont abrogées toutes dispositions des textes antérieurs en ce qu'elles ont de contraire à la présente loi, et notamment celles des décrets du 18 Septembre 1920 (18 Moharem 1339) prévoyant des sanctions à l'encontre de quiconque aura fait de la publicité en faveur des remèdes, substances, ou instruments anti-conceptionnels du décret du 22 Juin 1923 (10 Doul Kaada 1342) prohibant l'importation des produits remèdes, appareils et instruments anti-conceptionnels du 1er Janvier 1942 (13 Doul Hidja 1360) relatifs à la publicité médicale et au contrôle des spécialités pharmaceutiques .

La présente loi sera publiée au Journal Officiel de la République Tunisienne et exécutée comme loi de l'Etat .

3 - LOI CONCERNANT LES ALLOCATIONS FAMILIALES (14-12-1960) .

Article 52 : (tel qu'il a été modifié par la loi n° 63.26 du 15/7/1963) .

Les Allocations familiales sont dues aux travailleurs, salariés exerçant leur activité en Tunisie dans les Etablissements, ou professions énumérées à l'article 34, à partir du premier enfant à charge, résidant en Tunisie .

Elles ne sont dues que pour les quatre premiers enfants du travailleur ou ceux adoptés par lui ou vis-à-vis desquels il exerce le droit de garde et dans la mesure où ils sont à sa charge .

4 - LOI CONCERNANT LE RECUL DE L'AGE DU MARIAGE .

Décret du 3 Août 1956 du statut personnel modifié.

Article 5 : (modifié ainsi par le décret-loi n°64. 1 du 20/2/1964) .

Les deux futurs ne doivent pas se trouver dans l'un des cas d'empêchement prévus par la loi . En outre, l'homme avant vingt ans révolus et la femme avant dix-sept ans révolus ne peuvent contracter le mariage .

Au-dessous de cet âge, le mariage ne peut être contracté qu'en vertu d'une autorisation spéciale du Juge qui ne l'accorde que pour des motifs graves et dans l'intérêt bien compris des deux futurs époux .

5 - LOI N° 65. 46 DU 3/12/1965 PORTANT LOI DE FINANCES POUR LA GESTION 1966 .

Article 23 : Indemnité familiale .

L'indemnité familiale est servie aux fonctionnaires, agents et ouvriers des Administrations de l'Etat, des Etablissements publics, des collectivités publiques locales des Sociétés Nationales, selon les conditions et modalités prévues par le décret modifié du 22 Novembre 1918 à l'exclusion du 5ème enfant et des suivants nés postérieurement au 31 Décembre 1965 .

6 - LOI RELATIVE A L'AVORTEMENT N° 65.24 DU 1er JUILLET 1963 .

Article 1 : L'article 214 du code pénal est abrogé et remplacé par les dispositions suivantes :

Article 214 (nouveau) :

"Quiconque par aliments, breuvages, médicaments ou par tout autre moyen aura procuré ou tenté de provoquer l'avortement d'une femme enceinte ou supposée enceinte, qu'elle y ait consenti ou non, sera puni d'un emprisonnement de cinq ans et d'une amende de dix mille dinars ou de l'une de ces deux peines seulement .

Sera puni d'un emprisonnement de deux ans et d'une amende de deux mille dinars ou de l'une et l'autre de ces deux peines seulement, la femme qui se sera procuré l'avortement ou aura tenté de se le procurer ou qui aura consenti à faire usage de moyens à elle indiqués ou administrés à cet effet .

L'interruption artificielle de la grossesse est toutefois autorisée lorsqu'elle est pratiquée dans les trois premiers mois et lorsque les deux époux ont au moins cinq enfants vivants .

L'interruption peut être également pratiquée lorsque la santé de la mère risque d'être compromise par le continuation de la grossesse .

L'interruption visée aux deux alinéas précédents ne peut avoir lieu que dans un établissement hospitalier ou dans une clinique autorisée par un médecin exerçant légalement sa profession .

Article 2 :

Les articles 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10 et 11 constituant le titre 1 du décret du 25 Avril 1940 relatifs à la répression de l'avortement et de l'outrage aux bonnes mœurs sont abrogés .

Ainsi donc, de toute cette législation, il ressort la souplesse et la clairvoyance du Législateur qui a tenu à modeler ses structures Juridiques sur le plan du développement et des nécessités sociales .

Ces lois aboutissent finalement à :

a) Allouer des allocations familiales pour les quatre premiers enfants et à en exclure les autres à partir du cinquième, manière indirecte de forcer la population à réfléchir sur le problème de la dimension de la famille d'autant plus que les familles de cinq enfants forment la majorité de la population .

b) Abolir l'ancienne loi sur l'âge au mariage , autorisant le mariage de la fille à quinze ans et du jeune homme à dix-huit montre l'intérêt de l'Etat à prévenir l'immaturité des deux conjoints à cet âge en leur laissant le temps de pouvoir arriver à maîtriser leur fécondité . En différant l'échéance de la première procréation, il laisse aux conjoints la possibilité d'acquérir une plus grande expérience sociale et inter-individuelle leur permettant, par la suite, d'envisager leur vie commune selon leurs intérêts et l'intérêt de tous .

c) En réprimant l'avortement, le législateur ouvre une petite fenêtre en permettant l'interruption de la grossesse selon certains critères , par un médecin compétent exerçant légalement sa profession, dans un hôpital ou une clinique agréée .

Tout cela représente autant de moyens pour venir en aide au couple, afin qu'il puisse résoudre scientifiquement ses problèmes, et réaliser par prise de conscience l'état de ses possibilités réelles, par rapport aux données de son milieu et de son époque . L'être humain, qui avant tout est un être social, doit s'engager et se soumettre aux obligations sociales et évoluer de pair ; compte-tenu de ses propres possibilités, ainsi que de celles de son pays .

PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX ENGENDRES PAR UN PROGRAMME DE CONTRACEPTION EN TUNISIE

Malgré ces conditions sociales favorables à la contraception, une réaction psychologique d'opposition s'est peu à peu manifestée .

Il serait utile d'en étudier les causes à savoir si cette rétraction psychologique provient de lacunes techniques ou d'estimations initiales trop rapides ou trop systématiques .

Nos femmes connaissent depuis assez longtemps l'usage des condoms locaux, ainsi est-il chose courante d'observer l'usage chez la plupart des femmes dans nos campagnes du bout de coton imbibé d'huile et déposé comme un diaphragme au fond du vagin . Malgré l'analphabétisme de ces femmes, ce moyen prouve déjà la connaissance de la notion de contraception .

Les seules réserves enregistrées à l'égard de la contraception semblent au départ se situer au sein du corps médical, inspirées par la prudence ou le septicisme à l'égard de certaines méthodes . Ces réserves disparaissent d'ailleurs au fur et à mesure que l'information des médecins se généralise .

Une chose est à remarquer toutefois, venant excuser cette attitude paradoxale, c'est que le corps médical tunisien dans son ensemble est formé à l' image de

l'école de médecine française et de ce fait, est resté fidèle aux opinions de ses maîtres et a montré des réserves systématiques envers la contraception .

D'autre part, les publications en langue anglaise sont peu connues en Tunisie en raison de la connaissance imparfaite de cette langue, la langue française étant restée la langue véhiculaire de notre information .

A_/ POINT DE VUE SOCIAL ET TENDANCES INDIVIDUELLES .

Une fois convaincus de la nécessité d'un programme de planification familiale, il serait logique de se pencher sur le facteur social pour essayer de chercher le retentissement de cette action et pour analyser les réticences individuelles ou collectives , quant à l'emploi de telle ou telle méthode .

Ceci doit nous porter à analyser la famille tunisienne à travers ses mutations .

Avant le programme, cette famille était de l'avis de tous, non malthusienne : en effet, la femme était un sujet tabou et le mari un être strict et conservateur dans ses idées . La tendance générale de chaque individu était axée sur le fatalisme, et chacun était convaincu que chaque fois qu'un ménage se grossissait d'un enfant désiré ou non, il fallait se résoudre à l'accepter , sans essayer de prendre des dispositions . Du moment que la destinée l'a décidé et a voulu qu'il en soit ainsi, par habitude l'homme s'était accoutumé à accepter sans broncher sa fécondité non contrôlée, et la femme ses grossesses multiples et les conséquences qui en résultaient . Surtout que selon les coutumes ancestrales, la dignité et la grandeur de l'homme dans sa famille se mesuraient dans sa progéniture accrue . Pourquoi s'en faire ? Celui qui vous a donné la vie et a assuré les moyens de votre destinée, ne serait-il pas capable d'assurer la vie des autres ? Chacun trouvera toujours moyen de vivre du

moment qu'il y aura toujours quelqu'un qui régira le monde . Ce raisonnement archaïque a malheureusement persisté longtemps dans la population et s'il a commencé à régresser, c'est certainement dû aux changements intervenus dans les moyens de vie et de la difficulté actuelle d'élever des enfants avec les mêmes moyens que jadis.

Il faut également souligner , que la grande majorité des femmes tunisiennes malgré leur ouverture au progrès, restent illettrées .

Mais la femme tunisienne a été de tout temps une maîtresse de maison dont la tâche consistait à s'occuper de son mari et de ses enfants . La fonction lucrative revenait au mari . Toutes les femmes mûres de la génération passée, à part une minorité dans les villes, sont des femmes incapables de comprendre leur physiologie la plus intime, et de se plier aux exigences médicales, d'autant plus qu'elles ne se présentent qu'épisodiquement devant le médecin en cas de nécessité extrême et non pour une éventuelle prévention .

Aussi, étant donné ce contexte, il fallait s'ingénier à trouver un procédé à la fois sûr pour le médecin et facile pour la femme, sans nécessiter de connaissances particulières de sa part et assurant par là même, une meilleure harmonie du couple .

L'Etat s'était ingénié au départ à présenter à la clientèle féminine des moyens qui se sont révélés très vite nuls au point de vue efficacité , bien que de prix très abordables, tels les aérosols, les gelées et autres . Mais aucun contrôle ne pouvait être effectué auprès de ces femmes pour avoir une idée de la bonne application de ces méthodes par ailleurs non exemptes de lacunes .

La méthode des températures ne serait pas non plus accessible à ce genre de population , d'ailleurs, la rigueur de son application est connue et elle n'est possible que pour quelques-unes . Il est aussi inutile de parler de l'étreinte réservée et des condoms masculins mal supportés le plus souvent par les deux partenaires .

Aussi les deux techniques dignes d'attention se limitent dans les stérilets en premier chef et secondairement dans "la pilule" . Comme on le verra par la suite, chaque méthode finira par occasionner des conflits psychologiques .

Le médecin dans le choix d'une contraception particulière pour un groupe déterminé serait motivé par le souci d'une protection durable . Cependant, il faut convenir que la pilule ne manque pas d'être difficile à contrôler dans nos populations . Car , qui dit pilule, sous-entendra une surveillance quotidienne de la femme par elle-même, la stricte observation des prescriptions et un contact permanent avec son médecin pour les troubles éventuels .

Mais les réactions imprévisibles de la femme à qui on prescrit ces différents produits, rendent les estimations fort difficiles et les résultats parfois décevants . On s'est aperçu que malgré l'offre gratuite des contraceptifs oraux et l'encouragement des responsables, il persiste une mauvaise régularité dans l'application .

La femme mise à la pilule et la plupart du temps sur sa demande, ne sera pas celle que l'on verra régulièrement à la consultation, car aux premiers troublrs, elle se décourage, et les défections se font fréquentes, aux dépens de la méthode .

Toute concertation faite , on a préféré une méthode bien déterminée, évitant cette régularité de la prise quotidienne et sans défaut de la pilule . Le stérilet remplissait ces critères et répondait à nos exigences, ce qui évitait bien des soucis aussi bien aux médecins qu'à la femme elle-même .

Le "stérilet", une fois inséré ne nécessite aucune surveillance journalière, à part des soins intimes. D'application indolore, la femme peut vaquer à ses besoins sans être obligée de se plier à certaines restrictions ; revenir se faire examiner tous les deux mois

n'est point une corvée, surtout si elle est rassurée et que le contact avec son conjoint se fera dorénavant sans contrainte et sans soucis .

Selon l'enquête du C. E. R. E. S. , il reste vrai que la contraception se situant à un point d'interférence entre la démographie et la psychologie sociale a suscité des recherches relatives à l'efficacité , à son coût et à des variables démographiques .

Par contre, des recherches fondamentales intégrant le facteur psychologique dans un cadre théorique global restent comme on l'a si bien dit, fort rares, tout au plus constatons-nous ça et là de brèves allusions à l'importance accordée dans ce domaine , aux réactions de phénomènes de groupe, aux problèmes de communications, à l'harmonie du couple .

Et là, on arrive à comprendre et à entrevoir l'origine des échecs répétés subis par les programmes de contrôle des naissances dans la plupart des pays du Tiers Monde, dans la mesure où fut ignorée cette dimension fondamentale ; en effet, il n'est plus possible de comprendre la société en faisant abstraction de l'individu .

La vie sexuelle reste dans de nombreux pays et notamment la Tunisie un sujet tabou . En fait, peu de pays disposent d'éléments positifs et scientifiques concernant la vie sexuelle du couple .

Si une partie des contraceptrices tunisiennes qui constituent la clientèle privée des gynécologues est fortement motivée par le contrôle des naissances, le reste de la population féminine ou plûtot la majeure partie en âge de procréer présente une certaine résistance acquise aux méthodes contraceptives, en particulier résistance contre la première méthode, le stérilet, proposé à grande échelle par la Direction de la Planification familiale . L'ardeur avec laquelle a été entrepris le programme a provoqué chez ces femmes un sentiment de frustration, sensation d'être l'objet d'une expérimentation, d' où un

désemparement collectif . La prévention des naissances correspond certes à un besoin ressenti par ces femmes, seulement les moyens ne conviendraient pas totalement pour leur faire adopter telle ou telle méthode, il y a aussi les susceptibilités individuelles à ménager ce qui a occasionné une forte appréhension qui a fini par s'emparer d'une proportion non négligeable de ces candidates à la contraception .

Le gynécologue en général n' a un contact effectif avec la candidate qu'en raison d'une grossesse non désirée, c'est à ce moment qu'une relation s'établit et que la femme accepte la contraception dans la mesure où elle se trouve déchargée de sa grossesse . Les demandes spontanées se formulent après des grossesses répétées et à la faveur de la fatigue de la mère . Il arrive malheureusement que la femme se dérobe fréquemment à la dernière minute après une récolte de renseignements non éclairés sur le problème et à la suite des rumeurs et des nouvelles rapportées entre les candidates elles-mêmes .

B_/ REPRESENTATION COLLECTIVE DES MOYENS CONTRACEPTIFS . LE STERILET :

Enquête à partir de la consultation contraceptive du service de l'Hôpital Aziza Othmana de Tunis et des centres de protection Maternelle et Infantile qui en dépendent .

Contrairement aux prévisions optimistes du début de la campagne, il est apparu que ce contraceptif que l'on voue au tiers monde en raison de son application aisée sur des populations aculturées, et de sa simplicité d'utilisation n'a pas répondu aux espoirs . Les campagnes de masse entreprises et les insertions en chaîne, obligent la femme à se renseigner et à s'identifier à celles où la méthode a été un échec, à majorer les troubles ressentis par les autres, motivés ou non motivés. Les statistiques

actuelles (1) montrent un refus considérable du stérilet en faveur de la pilule, celle-ci même étant peu à peu abandonnée dans un désir de simplicité et de commodité pour la piqûre mensuelle (Dépot -provera) (9) .

En outre, il existe une marge entre l'intérêt initial pour la contraception et son usage continu effectif sur une grande échelle; donnée dont on n'a pas tenu compte avec suffisamment de précisions . Même le stérilet semble présenter pour une catégorie de la population de sérieux inconvénients dont il importe de déterminer la part de vérité et d'en expliquer les raisons .

Il faudra commencer par dire comment les femmes tunisiennes se représentent le stérilet . Dans l'esprit de la masse populaire, cet appareil est un objet en matière plastique dénommé péjorativement "scoubidou" en rapport avec une certaine mode chez les jeunes il y a quelque temps, et représenté par une collection de fibres en matière plastique colorées et tressées . Ce mot impropre mais dont le sens est facile à imaginer chez ces femmes les a amenées à refuser de connaître le véritable stérilet et , de là, à garder une appréhension contre la forme et la taille non conforme de l'objet imaginé .

1°- Donc appréhension pour une certaine forme imagée et fausse à raison de cet appareil, et il advient que, la femme à qui l'on propose une contraception intra-utérine refuse systématiquement le "scoubidou" même sans le connaître, même si l'appareil lui est montré,les doutes persistent car la femme n'arrive pas à comprendre la possibilité de pouvoir garder en elle un corps étranger en place pendant ses activités journalières .

2°- Une deuxième catégorie de femmes, pense que le stérilet est posé comme si on procédait avec une seringue par ponction du col . Cette manière de voir occasionne au départ une peur du traumatisme auquel elle

peut être sujette puisqu'elle s'imagine difficilement l'adaptation de l'introducteur au col . Aussi , là, doit-on insister sur le rôle de l'assistante sociale qui, aidée le cas échéant par des maquettes doit perdre du temps et s'isoler en tête à tête avec la volontaire pour la persuader et la convaincre . Mais le nombre insuffisant de ces assistantes et le nombre croissant des candidates laisse le problème insoluble .

Il existe par ailleurs, des éléments positifs du problème relatif aux troubles engendrés par la méthode et autant de causes majorées, pour un rejet de la part de la contraceptrice, et sujet de propagande non fondée contre le stérilet .

Les effets secondaires habituels sont fort bien connus : troubles menstruels, réactions douloureuses pelviennes par congestion des annexes, rares perforations utérines, sans compter ceux à long terme pour lesquels on n'est pas encore bien informé ; il semble toutefois, qu'on n'a pas tenu compte du terrain psychologique et psychique des intéressées dans l'appréciation de ces effets .

Quoi qu'il en soit, les reproches adressés au stérilet peuvent être importants ; puisqu'ils arrivent à provoquer une répulsion parmi les contraceptrices . Certains médecins sont obligés de braver ces réticences avec beaucoup de patience et d'avoir recours le plus souvent à quelques euphémismes pour pallier ces inconvénients et conditionner les femmes .

On peut classer grossièrement en 6 catégories les inconvénients imputés au stérilet, et la motivation du retrait de l'appareil et la cause de son discrédit :

1- Parce qu'il provoque à brève échéance et presque immédiatement des malaises plus ou moins importants chez les femmes à type de fatigue générale, prédominant

sur les saignements fréquents intermenstruels et la douleur locale, confinant la femme à l'inactivité forcée par la dégradation de ses forces . Cette notion d'asthénie insurmontable qui revient à chaque interrogatoire de toutes ces femmes, cette notion devient presque prévisible à chaque contact prenant des degrés différents : ce sont des arthralgies avec hypotonicité musculaire une nonchalance à effectuer les besognes les plus quotidiennes , il s' associe à cela une certaine anorexie , car elles se plaignent d'avoir perdu l'appétit, d'avoir maigri .

Ce cortège symptomatique de signes nous a incité à faire une enquête parmi les femmes venant chez nous pour un désir de contraception après un avortement social . En effet, c'est chez ces femmes que se recrutent le plus de candidates à la contraception et ce sont surtout celles-là qui se plaignent le plus . Ceci nous a incité à pousser les investigations dans le domaine hémodynamique pour un éventuel retentissement de l'appareil sur les facteurs sanguins . En fin de ce travail, on pourra se rendre compte de l'importance de cet impact et de la possibilité d'y remédier .

2- Je dois remarquer que ces femmes une fois appareillées, ne sont pas suffisamment mises en garde contre les anomalies du cycle spécialement après un avortement, aussi les métrorragies des premiers mois effraient-elles les clientes qui ne tardent pas à perdre patience et à craindre les méfaits de cette durée et de cette abondance anormale de leurs règles .

Ces femmes ne sont pas non plus mises en garde contre la possibilité de quelques douleurs locales par réaction endo-utérine et n'arrivent pas à admettre la répétition menstruelle de leurs troubles . Ces douleurs sont la plupart du temps majorées par un facteur psychique puisque inhabituelles, elles obligent ces femmes à venir demander avec insistance le retrait de l'appareil .

Par ailleurs, les réactions pelviennes sont rares au cours de la première année d'insertion pour nécessiter l'ablation de l'appareil, surtout qu'au départ sa pose nécessite certaines conditions locales et générales.

Donc la femme comprend encore mal qu'un éventuel spasme utérin au décours des menstruations sur un stérilet peut être facilement soulagé et neutralisé progressivement par des traitements simples et que ceci n'est en aucun cas un échec de la méthode .

3- Ces femmes ont généralement peur d'être sujettes à des infections locales provoquées par le stérilet . On lui reproche d'être la cause de pertes tenaces appelées à tort "suppurations" . Ces femmes n'imaginent pas qu'un appareil n'est posé que sur un col et un utérus sain et que le risque d'infection et de surinfection reste nul surtout avec les conditions d'asepsie d'usage .

L'école gynécologique de Bruxelles a attiré l'attention au dernier séminaire de l'I. P. P. F. à Bruxelles sur le fait que le stérilet n'engendre aucune désorganisation de la flore microbienne de l'endocol (prélèvements et cultures avant et après la pose) . Il y avait toujours une négativation des cultures quelques jours après la pose lorsque ces dernières étaient positives, on a invoqué plus spécialement l'intervention des processus immunitaires naturels comme responsables de ce phénomène .

Cependant, il reste vrai qu'on a vu certaines femmes avec des pertes fétides très longtemps après la pose d'un stérilet . Mais on ne pourrait incriminer ce dernier d'être le responsable; plutôt une mauvaise rigueur de la part des contraceptrices dans l'hygiène locale, une vaginite à la suite d'irritations locales répétées au cours des règles prolongées à la suite de rapports excessifs ou autres, peuvent bien engendrer des pertes et du prurit , d'autant plus que ces femmes là, se taisent aux premiers symptômes, et ne viennent consulter que tardivement .

Il faut remarquer que dans ce cas, il faut incriminer la négligence de ces femmes à venir aux contrôles périodiques ; ainsi voit-on trop souvent certaines femmes malgré les conseils fournis après la pose, ne plus revenir qu'après deux ans ou plus, ou en raison d'un accident les obligeant à venir malgré elles consulter . Ici le rôle d'un complément d'information et le contact périodique des assistantes sociales avec ces femmes est plus que nécessaire . Il faudra peut-être qu'on arrive à ce que l'assistante se dérange pour rendre visite à ces femmes et les amène au contrôle auprès des médecins .

4- Certaines contraceptrices invoquent la non-sûreté de la méthode selon des échos qu'elles finissent par récolter dans leur enquête : avec l'appareil en place, elles peuvent tomber enceintes.

Or, tout le monde sait que le risque de grossesse existe mais est négligeable . Selon "TIETZE" ce risque est de 4,2 % par an .

Selon une enquête faite dans le Gouvernement du Kef pour une période d'exposition de 12 mois, le risque est de 3,2% .

Cependant, il existe quelques précautions à prendre auxquelles toutes les femmes ne prêtent pas assez attention . En effet, chez certaines, l'appareil peut être expulsé à la faveur des menstruations des premiers mois ; quelques-unes oublient de contrôler chaque fois leur garniture et la chute peut passer inaperçue, d'où certaines grossesses accidentelles par la suite .

Certaines grossesses sur stérilet sont imputables à une mauvaise application de la méthode ;certaines multipares à utérus atone, accueilleront volontiers dans ce dernier un appareil qui n'agira plus en tant que corps étranger empêchant l'implantation ovulaire, d'où le risque de grossesse chez ces femmes mal appareillées .

Mais, et il faut insister sur ces cas, c'est que chaque fois qu'une insertion a lieu à l'hôpital ou dans un centre de P.M.I., l'appareil Lippes "C" est toujours avancé au médecin et sa pose systématique pour toutes les femmes est certainement une cause de certaines grossesses avec les dispositifs en place . En effet, il n'existe pas que le type "C" et pour une même femme, il n'est pas nécessaire que le même genre reste valable, surtout que tout varie avec la multiparité, l'hystérométrie, la forme du col, etc ... Aussi serait-il plus logique qu' on essaie, pour une meilleure réussite du programme, de faciliter l'existence de plusieurs modèles différents d'appareils, autres que les "Lippes" et de les mettre à la portée des médecins .

Il reste cependant primordial d'insister sur le but pédagogique de l'Assistante sociale en dehors de la présence du médecin . Elle devra apprendre à chaque femme à se connaître, à savoir apprécier et sentir les fils de leur appareil au niveau du col, après chaque menstruation afin d'éviter une grossesse accidentelle possible, à la faveur d'une expulsion passée inaperçue .

5- Le mari possède aussi sa voix au chapitre puisqu'il existe des contradictions psychologiques provenant probablement de l'esprit conservateur de quelques-uns; puisque maintes fois des femmes reviennent quelques jours après la pose nous prier instamment de retirer l'appareil pour éviter des conflits avec le mari qui refuse l'appareil pour des raisons personnelles . Après complément d'information, il en ressort que cette agressivité prend forme à travers les plaintes du mari vis-à-vis des soi -disant incommodités en présence des fils au moment des rapports . Ces témoins gênants sont autant de moyens valables pour expédier la femme au médecin et insister sur le retrait, alors que la plupart du temps la femme est consentante pour garder le contraceptif .

6- Il reste un problème important d'ordre opérationnel . Dans les Centres de P.M.I. , les contraceptrices qui viennent consulter ont besoin de calmants, de produits divers spécialisés . La réalité, c'est que le médecin est astreint à prescrire toujours les mêmes produits peu variés et qu'il est obligé de donner à toutes les femmes et à toutes les consultations les mêmes produits délivrés gratuitement par la pharmacie ; ceci entraîne bientôt une fuite de ces femmes à la suite de la chronicité de leurs troubles et est une autre cause de retrait de l'appareil .

Donc, toutes ces données une fois envisagées et présentes à l'esprit, une fois corrigées, pourront peut-être régler ce problème psychologique assez ambigu.

C_/ MOYENS D'INFORMATION COLLECTIVE ET PSYCHOSE SOCIALE .

Ceci nous amènera certainement et nécessairement à chercher comment s'est réalisée cette crainte . Comment on en est arrivé à cette dissuasion envers la méthode adoptée .

C'est en faveur des contacts humains de groupes de femmes, que se font les échanges et que se propagent les rumeurs contre le "scoubidou", et à la lumière de certaines rencontres non structurées et informelles que ces rumeurs prennent naissance et se propagent.

Un des lieux de prédilection est certes " Le Hammam" (bain maure) . Mais il existe d'autres endroits non moins importants : les salles d'attente les jours de contraception à l'Hôpital . Les femmes revenant sans cesse non pour un examen mais pour chercher des fortifiants qu'on leur donne généreusement ; les Centres de P.M.I. eux-mêmes, les jours de consultation font voisiner ces femmes pendant des heures .En effet venues

de très bon matin, en attendant l'arrivée du médecin, elles se plaisent à bavarder entre elles . Cette ambiance propice aux dialogues et aux contacts humains rend parfois de mauvais services à la sage-femme dont la tâche première est justement de recruter des clientes pour la planification familiale, car les anciennes ont vite fait de jeter le trouble et de mettre en garde les nouvelles contre les prétendus dangers de ce "redoutable scoubidou" .

Même à l'hôpital, chez les femmes volontaires pour un avortement social, ayant cinq enfants vivants, acceptant au départ le principe de la pose d'un stérilet ; on a vu plusieurs fois , ces femmes se rétracter le 2ème jour et refuser de le mettre en annonçant qu'elles méconnaissaient auparavant les pseudo-inconvénients et qu'elles se trouvaient fatiguées et que leur organisme ne pourrait supporter la présence d'un appareil . Après enquête, on s'est aperçu que la dissuasion et la méfiance venaient de commérages non fondés d'anciennes malades du service ayant eu ou n'ayant pas eu d'appareil, qui amplifient leurs troubles devant les nouvelles recrues, et parfois viennent même rapporter de simples histoires d'une telle ou telle voisine à elles .

Donc le facteur psychologique a eu une influence considérable sur l'évolution du programme et a créé des attitudes inattendues, il est arrivé surtout à créer par réaction chez la femme tunisienne un sentiment d'insécurité et une agressivité envers la méthode, mobilisant de ce fait, une campagne de propagande pernicieuse et le plus souvent non fondée et ne s'appuyant pas toujours sur une base médicale et scientifique solide .

C'est pourquoi il n'est pas rare de découvrir une profonde méfiance envers le médecin . L'anonymat de sa condition présente un sentiment de dépersonnalisation. Il n'est pas étonnant qu'elle ait l'impression confuse mais profonde d'être manipulée "pourquoi c'est nous ?" demande souvent avec angoisse la mère de famille contactée par la sage-femme .

Souvent la contraceptrice, sans être malade, trouve dans la contraception une source d'avantages et de privilèges . Traitée comme un objet, elle risque de retrouver des attitudes propres à l 'enfance et se complaît tout naturellement dans son rôle de malade . Malade imaginaire diront son mari et le corps médical . Ce mécanisme qui se déclenche en elle n'est pas aussi simple qu'on pourrait le croire . Il s'agit d'une reviviscence de fantasmes infantiles : être bien entourée, dorlotée , d'où tout un échantillonnage de fatigue générale, de douleurs de toutes sortes, voire comme on l'a vu maintes fois des paralysies simulées probablement hystériques, troubles qui ne rentrent pas dans le cadre classique des malaises auxquels sont habitués les médecins et les sages-femmes, qui en sont désespérés d'autant plus que le mari arrive à ne plus pouvoir les supporter, vu qu'il ne recherche avant tout que son plaisir et sa tranquillité , aussi ne tarde-t-il pas à renvoyer son épouse faire forcer la main au médecin et l'obliger devant ce tableau familial hostile , à lui retirer ce maudit "scoubidou" source de ses prétendus malheurs ....

OBSERVATIONS SUR L'UTILISATION DU STERILET EN TUNISIE

D'après A.NETTER (1), le stérilet est une méthode simple, économique et dépourvue de tout désagrément pour les malades qui la supportent, quand à la possibilité de déclencher un cancer ultérieurement, elle est une vue de l'esprit, sans fondement actuel ; c'est un spectre qu'on brandit volontiers contre toutes les thérapeutiques nouvelles ..."

Selon PIERRE SIMON (2) "si l'on se réfère aux critères requis pour une technique contraceptive : efficacité, simplicité, acceptabilité, coût économique , le stérilet intra-utérin apparaît à l'heure actuelle comme la meilleure thérapeutique dans l'arsenal du médecin face à une maternité non souhaitée temporairement sans la collaboration de la patiente .

I - MODALITES CLINIQUES .

CONDITIONS D'APPLICATION EN TUNISIE .

A_/ LES INSERTIONS PRIMAIRES :

Chaque femme désireuse d'éviter momentanément une grossesse, soit d'espacer ses grossesses, a droit d'adopter très simplement le régime de la contraception familiale .

Introduite par l'Assistante-sociale ou la Sage-femme, elle fait l'objet d'une observation précisant :

- dernières règles,
- nombre d'enfants vivants, décédés, de fausses - couches avec ou sans curetages ,
- aménorrhée d'allaitement s'il y a lieu .

Le médecin complète par un toucher vaginal systématique afin de vérifier la vacuité utérine, la liberté des annexes et l'intégrité pelvienne .

Un certain nombre de critères sont exigés de la part de la contraceptrice :

a) être au dernier jour de ses règles,

b) intégrité du col et des annexes .

Le type d'appareil le plus couramment utilisé en Tunisie est la "boucle de Lippes, taille C " . Après un nettoyage du col et du vagin avec du Dakin, le stérilet est posé après hystérométrie préalable et la femme est renvoyée avec un traitement de quelques jours de :

- Terramycine : 4 comprimés par jour pendant 4 jours .
- Buscopan : 2 suppositoires par jour pendant 2 jours .
- Méthergin gouttes : 15 gouttes 2 fois par jour pendant 3 jours .

On demande à la femme après délivrance d'un carton de liaison portant son numéro d'observation de revenir tous les deux mois environ pour un contrôle de routine et la recherche d'éventuels troubles .

B/ LES INSERTIONS SECONDAIRES AU POST-ABORTUM IMMEDIAT .

A la suite de travaux récents, montrant qu'un stérilet pourrait être inséré sans aucun désavantage dans le post-abortum immédiat et que cette pratique n'engendrait aucune perturbation de la flore microbienne locale, ni traumatisme, ni endométrite, on a pensé que la meilleure manière de généraliser l'appareil et d'entreprendre une action de grande envergure, serait de se passer de la conviction des masses, sans attendre les demandes spontanées d'insertions . Aussi a-t-on contourné le problème ; chaque fois qu'une femme viendrait demander un arrêt de sa grossesse, on lui proposerait systématiquement la pose d'un stérilet afin de lui fairé éviter d'éventuelles grossesses non désirées . La plus grande partie de ces femmes, remplissant les conditions légales, de multiparité acceptent volontiers la contraception . La fréquence de leurs grossesses assez rapprochées, les pousse à venir demander un avortement qui les débarrasserait d'une grossesse non désirée surtout qu'elles sont la cause de leur mauvais état général . Les Femmes venant pour des insertions primaires, sont plus difficiles à convaincre et opposent plus de résistance à accepter le stérilet et tendent à demander plutôt la pilule .

Modalités opérationnelles .

Les femmes multipares ayant cinq enfants vivants ou plus à la suite d'un retard de règles viennent spontanément à la consultation de contraception dans les divers hôpitaux et cliniques agréés . Une fois la grossesse décelée par le médecin, ces femmes demandent avec instance l'interruption de leur grossesse ; le médecin les admet dans la mesure où elles remplissent les conditions de la loi . Après s'être assuré qu'elles acceptent, après leur avortement social d'adopter un régime contraceptif qui

est le plus souvent la pose du stérilet sauf anomalies décelées à l'examen gynécologique : dans ce cas, la femme est mise à la pilule .

Dans de telles conditions, l'assistante sociale aidée par la sage-femme leur donne un rendez-vous pour admission en fonction des places dans le service , sous le titre "d'avortement social + stérilet" dans le cadre de planification familiale .

Habituellement, on accepte quotidiennement cinq femmes, et le séjour est fixé pour une durée de trois jours, sauf complications .

Les femmes arrivent au service avant 11 heures . Leur dossier est rapidement établi par l'interne responsable .

L'après-midi, l'interne de garde pose à chacune d'elles une laminaire en correspondance avec l'état de son col , généralement, la laminaire la plus grosse est posée après nettoyage du col au Dakin en fonction de la position utérine . Les fils sont retenus par du sparadrap sur la grande lèvre, afin qu'on n'ait point l'idée de tirer sur ces fils et interrompre, de ce fait, la dilatation du col, le vagin est ensuite bourré de compresses .

Chaque femme reçoit une couverture antibiotique de un million d'unités de pénicilline G et deux suppositoires de Buscopan, jusqu'au lendemain pour éviter une rétention de la laminaire au moment de l'extraction .

Le deuxième jour, vers 7h 30, la femme restée à jeun, est prémédiquée avec la synergie, Dolosal - Phénergan - Atropine .

Vers 9 h, la femme est descendue à la salle de curetage , installée en position gynécologique en présence de l'anesthésiste, de l'assistante sociale, et de l'infirmière attachée à la salle de curetage . Habituellement, une anesthésie légère au penthotal est faite, et le médecin habillé, portant un tablier en matière plastique, des bottes et des gants stériles, procède à l'extraction de la laminaire, suivie d'un nettoyage vaginal au Dakin .

L'hystérométrie est pratiquée et on repère l'orientation utérine après avoir attrapé la lèvre antérieure du col avec une pince de Pozzi .

Après cela, une pince à faux germe est introduite pour décoller le placenta et l'œuf ; généralement ce procédé selon l'âge de la grossesse, amène plus ou moins entièrement l'œuf et le placenta et favorise le deuxième temps .

Dans le deuxième temps, une curette mousse est choisie en fonction de la dilatation de l'orifice cervical et un curetage patient des différentes cornes utérines jusqu'à la fin d'émission des débris placentaires, de la perception de la rétraction utérine par le contact curette-utérus, et de l'émission de sang clair, rouge, bulleux .

Dans un troisième temps, une vérification prudente avec une curette tranchante assure la vacuité utérine .

Dans le quatrième temps, un écouvillonnage de l'endocol et de l'utérus avec une compresse stérile enroulée sur une pince longuette, imbibée d'alcool iodé , met une dernière touche d'asepsie locale et prépare l'insertion du stérilet en même temps qu'un Méthergin I. V. est fait .

Le cinquième temps se résume dans la pose du stérilet monté sur son introducteur et stérilisés par immersion depuis au moins 24 heures dans le Biocidan.

Après vérification des fils au niveau de l'exocol, un dernier nettoyage vaginal est effectué et la femme est transportée dans son lit avec une vessie de glace sur le ventre sous couverture antibiotique .

Il faudra attendre le troisième jour en fonction de l'examen de la garniture pour contrôler la quantité de sang émise et la courbe de la température . Si cette dernière reste à 37° , la femme est autorisée à sortir avec un traitement ambulatoire comportant :

- Terramycine : 4 comprimés par jour pendant 4jours
- Méthergin :20 gouttes - 3 fois par jour .
- Supposédol ou spasmavérine : 2 suppositoires par jour pendant trois jours .

Chaque avortement social est inscrit sur le registre de la salle de curetage avec le nom, l'âge et le nombre d'enfants de la femme, ainsi que le nom du médecin ayant fait l'acte, de même que le compte-rendu opératoire . L'assistante-sociale reporte le numéro de la fiche de chaque contraceptrice sur un carton attestant que cette dernière a subi la pose d'un stérilet, ce qui lui permet d'être suivie ultérieurement .

Ces opérations sont effectuées gratuitement et aux frais de l'Etat dans le cadre de la planification familiale . Depuis deux ans, la curette tend à être peu à peu abandonnée au profit du curettage-aspiration (appareil fonctionnant sous vide), afin d'éviter les traumatismes intra-utérins de la curette.

II - PROBLEMES MEDICAUX - LES STERILETS ET LES HEMORRAGIES - DONNEES TUNISIENNES - ENQUETE SUR LES INCIDENCES HEMODYNAMIQUES A L'HOPITAL AZIZA OTHMANA DE TUNIS .

Après une expérience non négligeable dans le domaine de la contraception intra-utérine, il était important pour nous de connaître les incidences de cette contraception sur la menstruation elle-même et par extension sur l'état général de la femme .

L'observation directe par interrogatoire des contraceptrices, tout au long des contrôles a révélé qu'en moyenne les femmes ayant subi une insertion de stérilet présentaient un retentissement sur leurs menstruations , variable selon le mode d'insertion .

On a constaté que les femmes ayant eu une insertion primaire à la fin des règles ou dans le post-partum ne voyaient pas une modification notable de la quantité de leurs règles . La durée restait la même qu'avant la pose .

Les retraits du stérilet ont été effectués dans le cas de métrorragies intermenstruelles massives ou par taches rebelles et provoquées par l'effort .

Par ailleurs, les femmes ayant reçu un stérilet dans le post-abortum immédiat, se plaignent presque toutes, sinon toutes, d'un allongement de la durée des règles et de leur quantité par rapport à leurs cycles antérieurs . De 3 à 4 jours, la durée passe de 8 à 12 jours fréquemment avec une hyperménorrhée .

A partir de cette observation initiale , nous avons voulu préciser la réalité de ces faits ainsi que la fréquence des hémorragies dans le post-abortum immédiat, nous avons également apprécié leurs incidences sur le potentiel hémodynamique et sur l'état général .

A_/ ETUDE COMPAREE DES INSERTIONS PRIMAIRES ET SECONDAIRES DU STERILET A L'HOPITAL AZIZA OTHMANA .

L'étude a été faite à partir du mois de Mai 1969 et pendant 6 mois sur 252 femmes appareillées après un curetage et sur 250 femmes ayant été appareillées dans les conditions habituelles .

Le tableau suivant rapporte les incidents chez les femmes contrôlées .

INCIDENTS	GROUPE A		GROUPE B	
	Insertions après curettage 181 cas contrôlés soit 72 %		Insertions primaires 162 cas contrôlés soit 65 %	
	de femmes Nombre	%	de femmes Nombre	%
Hémorragies	48	27	28	17
Douleurs	13	7	14	9
Infections	6	3,5	3	1,5
Expulsions	10	5	13	8
Grossesses	-	-	3	1,5
	77	42,5%	61	37,5%
Retraits	34	19	26	16

Selon cette enquête, on voit que le pourcentage des expulsions spontanées de stérilet est à peu près le même. Les cas d'expulsion ont été un peu plus nombreux (13) dans le groupe B que dans le groupe A (10) : bien que l'on pensait qu'il y aurait plus d'expulsion après curetage.

Les retraits ont été plus nombreux chez les femmes du groupe A 19 % des cas contrôlés contre (26) soit 16 % des cas contrôlés, chez les femmes du groupe B. Ce sont surtout les hémorragies plus fréquentes et plus abondantes qui ont amené à retirer les appareils dans les jours, les semaines ou les mois qui ont suivi leur pose. Les cas de retrait pour "hémorragie" ont été de 21 pour le groupe A, alors qu'ils n'ont été que de 11 dans le groupe B. Dans l'ensemble les incidences sont observées dans la moitié ou le tiers des cas, et la moitié de ceux-ci se concluent par un retrait du stérilet.

Les résultats de cette enquête ont visé surtout à montrer qu'il n'existe que de petites différences entre les deux groupes, l'insertion immédiatement après curetage semble n'être pas moins efficace qu'une insertion dans les conditions habituelles .

B_/ ETUDE DU DEVENIR DE LA CONTRACEPTION AU STERILET (3) A L'HOPITAL AZIZA OTHMANA .

Cette étude s'est étendue sur trois années et repose sur l'analyse de 2157 fiches qui ont été récemment dépouillées par nos soins : celles -ci correspondent à :

- 24 fiches manquantes (non comptées dans le total)
- 690 femmes revues (ayant eu un appareil et n'étant plus revenues au contrôle après la pose), parmi lesquelles :
  . 409 femmes non revues après insertion dans le post-abortum immédiat .
  . 281 femmes non revues après insertions primaires .
- 123 femmes non revues après curetage aux contrôles ultérieurs après au moins un contrôle initial depuis plus de 6 mois .
- 150 femmes non revues après insertion primaire aux contrôles ultérieurs après au moins un contrôle initial depuis plus de 6 mois .

Sur 2.157 femmes, il y a eu :

- 1.177 insertions d'une boucle de Lippes dans le post-abortum immédiat .
- 970 insertions primaires de la boucle de Lippes (fin des règles et suites de couches) .

Il faut remarquer que sur le total des femmes ayant subi l'un des deux modes d'insertion, il existe des femmes non revues dont le nombre ne doit pas être contenu dans le nombre total de chaque cas .

Aussi doit-on effectivement considérer que dans le cas d'insertion après curetage, il faudra retrancher les 109 femmes non contrôlées, soit :

1.177 - 409 = 768 femmes contrôlées.

Age des femmes .

Sur les 2.157 femmes :

- 1124 sont âgées de 21 à 30 ans .
- 79 ont de 18 à 20 ans .
- 954 ont plus de 30 ans .

APRES CURETAGE		*APRES INSERTION PRIMAIRE*	
Nombre de femmes	*Rétention de 1 à 3 ans*	*Nombre de femmes*	*Rétention de 1 à 3 ans*
380	121 (femmes)	238	123 (femmes)
% = 49,5%	15,5 %	% = 34,5%	17,8%

TABLEAU N° 1

Appareils encore en place
(dernier contrôle depuis 1 à 6 mois)

Le résultat est le suivant : actuellement : 49,5 % des femmes (380) revues après la pose dans le post-abortum immédiat, gardent l'appareil en place, ce qui est très appréciable par rapport aux 34,5 % des femmes dans les cas d'insertions primaires .

Les femmes protégées contre une grossesse (en tenant compte du fait qu'une femme gardant l'appareil en place une année, évite une grossesse) sont représentées par un chiffre équivalent à celui des années avec le port de l'appareil.

Il existe 121 femmes gardant l'appareil en place un an jusqu'à trois années soit : 15,5%, avec la répartition suivante :

- 1 an = 22 femmes
- 1 an 1/2 = 50 femmes
- 2 ans = 28 femmes
- 2 ans 1/2 = 17 femmes
- 3 ans = 4 femmes

121 femmes

Dans le cas d'insertions primaires, il existe 238 femmes protégées sur :

970 - 281 (non contrôlées) = 689 femmes contrôlées

soit = 34,5% .

Il y a 123 femmes gardant l'appareil en place de 1 à 3 années , soit 17,8% avec la répartition suivante:

- 1 an = 16 femmes
- 1 an 1/2 = 46 femmes
- 2 ans = 35 femmes
- 2 ans 1/2 = 16 femmes
- 3 ans = 10 femmes

123 femmes

Les conclusions sont nettes :

- les femmes tolèrent beaucoup mieux la contraception intra-utérine dans le post-abortum immédiat (49,5% contre 34,5%)
- le nombre de femmes protégées par une couverture de 1 à 3 ans est le même (121 pour 123 femmes) dans chaque mode opérationnel .

	RETRAITS APRES INSERTIONS DANS LE POST ABORTUM IMMEDIAT						
	causes						
Nombre de femmes	*Métrorragies*	*Mauvais état général*	*Causes personnelles*	*Douleurs*	*Infections*	*Grossesses S/appareil*	*% des retraits sur 768 cas revus*
203	78	10	71	25	5 (4)	9	26,5 %
	RETRAITS APRES INSERTIONS PRIMAIRES						
244	82	20	106	27	6	9 (5)	*sur 689 cas revus* 35,5 %

TABLEAU N° 2

Retraits du stérilet

Ce deuxième tableau montre qu'il existe légèrement plus de retraits dans le cas d'insertions primaires que dans l'autre mode d'insertion (35,5% contre 26,5%).

Le nombre de retraits dans les deux cas pour métrorragies et douleurs est à peu près le même que le nombre de grossesses sur appareil .

Mais il existe deux fois plus de retraits pour mauvais état général dans le cas d'insertions primaires et beaucoup plus de retraits pour causes personnelles que dans l'autre mode (106 contre 77) . Ceci pourrait être dû probablement à la multiparité et à la résignation des femmes ayant subi une interruption de grossesse à garder leur contraception le plus longtemps possible .

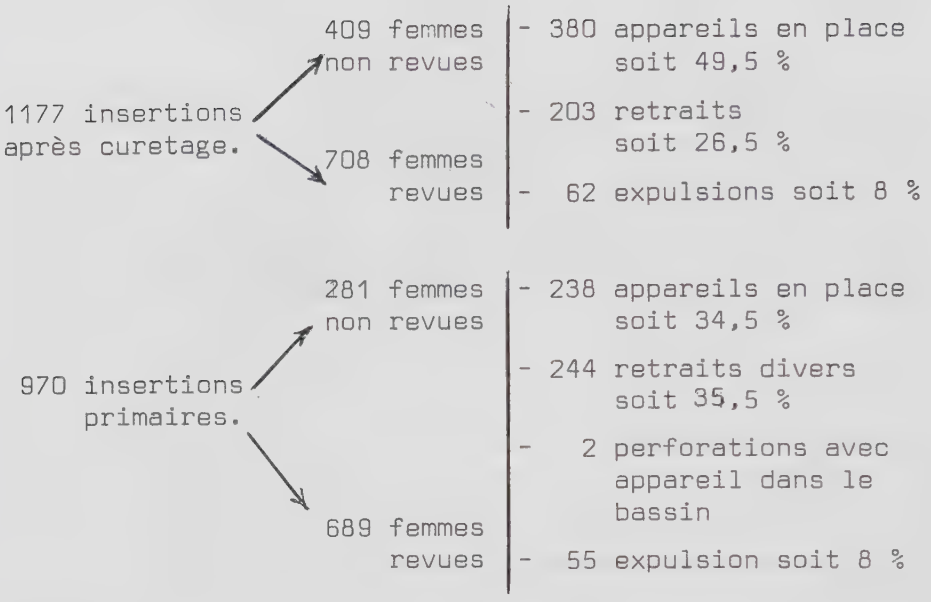
Ce deuxième tableau montre une meilleure tolérance du stérilet dans le cas d'insertion dans le post-abortum .

EXPULSIONS DES STERILETS POSES APRES CURETAGE		*EXPULSIONS DES STERILETS APRES INSERTIONS PRIMAIRES*	
Nombre de femmes Total sur 768 cas revus	*dans les 3 premiers mois*	*Nombre de femmes Total sur 689 cas revus*	*dans les 3 premiers mois*
62 soit 8 %	43 soit 5,54%	55 soit 8 %	37 soit 5,40%

TABLEAU N° 3

Expulsions

Contrairement à ce qui est venu dans l'étude comparative de 1967 du Dr. BEN CHEIKH, et son hypothèse qu'il y aurait plus d'expulsions dans les cas des insertions dans le post-abortum immédiat que dans ceux des insertions primaires, nos statistiques actuelles montrent que le taux d'expulsion est le même dans les deux modes d'insertion du stérilet .



Au total l' insertion du stérilet après curetage donne une meilleure tolérance et assure une bonne protection chez les contraceptrices : la durée de protection étant très acceptable . Remarquons cependant que dans les deux cas d'insertions, les retraits pour hémorragies sont très importants par rapport au total des retraits ; aussi une réduction de ces métrorragies aurait, sans aucun doute , une action sur le nombre de ces retraits .

C_/ COMPLICATIONS OBSERVEES

L'examen de ces résultats montre que deux types d'accidents peuvent s'observer à la suite de la pose d'un stérilet :

- quelquefois rares mais graves : les perforations ,
- d'autres plus fréquents et d'ordre hémorragique .

1°- Les accidents perforatifs.
Détection de certains par hystérographie .

Il s'agit de la migration intra-péritonéale de la boucle de Lippes .

Six observations de perforations ont donc été rapportées (6) . Dans quatre de ces observations, l'appareil a migré dans la cavité péritonéale loin de l'utérus et dans les deux autres cas, l'appareil a perforé l'utérus et est resté enchâtonné en partie dans le muscle utérin .

C'est chez les contraceptrices, qui s'abstiennent de revenir aux contrôles périodiques environ tous les trois mois à l'occasion d'un retard de règles qui les amène à consulter, qu'on détecte la grossesse .L'absence de fils au niveau du col nous impose une radiographie du bassin de face . Cet examen radiologique nous permet de voir si l'appareil est bien au niveau de la cavité utérine, de vérifier sa position ou au contraire, de constater son absence et de conclure que l'appareil a dû être expulsé sans que la femme s'en aperçoive au moment des règles. Dans certains cas où l'appareil nous semblait être haut placé dans la cavité pelvienne et après nous être assuré que la femme ne présentait pas d'utérus gravide, nous avons fait des hystérographies pour bien localiser l'appareil par rapport à la cavité utérine avant de conclure que l'appareil est bien dans la cavité abdominale hors de l'utérus .

La perforation utérine est sans aucun doute la complication majeure du stérilet et les publications à ce sujet sont de plus en plus nombreuses depuis 1965 , mais, malgré cela, la perforation utérine par les dispositifs en plastique et particulièrement celles dues à la boucle de Lippes, restent exceptionnelles .

C. TIETZE (7) a rapporté que le pourcentage des perforations de l'utérus était de l'ordre de : 0, 4/1000 insertions, pour toutes les boucles de Lippes .

HALL (8) rapporte que sur 19 perforations utérines pour 1871 insertions, deux étaient dues à la boucle de Lippes donnant un pourcentage de 1/936 .

Quant à LEDGER et WILSON , ils rapportent 5 perforations par boucle avec une proportion de 1/400 insertions.

Avec nos six observations de perforations , nous nous rapprochons des statistiques de ces derniers auteurs, puisque nous avons une proportion de 1/500 insertions .

Cinq de ces femmes ont eu l'appareil posé au cours de l'aménorrhée d'allaitement, soit 40 jours après l'accouchement .

Elles sont venues consulter pour un retard de règles généralement ou pour un contrôle de routine, et dépistées lors de l'absence des fils au toucher .

- 1er cas :
  . 35 ans - 8 E. V.
  . retard de règles - appareil posé le 23 avril 65 Lippes C (il y a 14 mois) - test de grossesse positif .

- 2ème cas :
  . 33 ans - 6 E. V.
  . retard de règles - appareil posé le 4 Décembre 68 Lippes C (depuis 6 mois) - test de grossesse positif (insertion dans le post-partum 43° J) .

- 3ème cas :
  . 24 ans - 3 E. V.
  . Détection au cours d'un contrôle, 3 mois après la pose (insertion dans le post-partum le 40° J, le 4 Novembre 69 , Lippes C.

- 4ème cas :

. 23 ans - 3 E. V.
. Retard de règles - appareil depuis 5 mois - test de grossesse = positif (insertion dans le post-partum 40°J, le 14 Octobre 69, Lippes C) .

- 5ème cas :

. 19 ans - 2 gestations
. Retard de règles - appareil posé depuis 3 mois (insertion dans le post-partum 2 mois) : aménorrhée d'allaitement Lippes C .

- 6ème cas :

. 33 ans - 5 E. V.
. retard de règles - appareil posé depuis deux ans 2 mois - test de grossesse positif (appareil posé dans le post-partum 42°J Lippes C)

Ces 6 observations nous ont amené à faire quelques remarques :

1°- La relative fréquence des perforations dépistées au cours de ces derniers mois (5 perforations détectées en 6 mois) .

2°- La parité et l'âge de la femme ne semblent pas jouer dans le déterminisme de la perforation .

3°- Sur 6 cas : 5 sont survenues dans le post-partum entre la 6ème et la 8ème semaines . Nous n'en avons pas observé dans le post-abortum immédiat. Il serait intéressant de savoir si les cas de perforations rapportés à ce jour ont été plus fréquents dans le post-partum .

TIETZE (9) a remarqué que la fréquence des perforations semble plus fréquente dans le post-partum . Par contre dans un récent article de HALL et AL ULS qui rapporte 8 cas de perforations, aucune n'était survenue dans le post-abortum immédiat ni dans le post-partum .

4°- Ces perforations passent le plus souvent inaperçues et c'est au cours des contrôles ou lorsque les femmes viennent consulter pour un retard de règles que l'examen fait faire le diagnostic de perforation . La bonne tolérance de l'appareil dans la cavité péritonéale nous a fait hésiter à intervenir sauf en cas de demande de ligature de trompes ou de nécessité .
Dans les trois hystérographies que nous avons faites, l'utérus était en position intermédiaire, ni en antéversion, ni en rétroversion, parce qu'il est dit que les perforations sont plus fréquentes dans les déviations utérines .

En résumé :

Dans les 6 cas de perforations utérines rapportées, 4 perforations complètes ont été diagnostiquées par l'examen radiologique simple et hystérographie quand les fils de nylon ne sont pas palpables ou visibles à l'examen clinique , car les perforations sont le plus souvent asymptomatiques .

Deux étaient des perforations incomplètes et ont nécessité une intervention chirurgicale .

2°- Les accidents hémorragiques .
Incidences hémodynamiques du stérilet à propos de 41 cas suivis .

C'est à la suite d'un fait revenant souvent à l'interrogatoire des contraceptrices, surtout celles ayant eu une insertion après curetage, qu'on a commencé à se préoccuper de ce problème nouveau ;l'asthénie croissante chez les femmes ayant porté l'appareil depuis quelques mois .

Ce problème devenait inquiétant s'ajoutant aux problèmes psychologiques déjà évoqués .

La plupart des femmes venaient demander expressément le retrait de l'appareil non seulement pour une perturbation de la durée des règles, mais encore pour un syndrome particulier s'installant progressivement chez chacune d'elles à des degrés divers à type de myo-asthénie et de fatigabilité excessive . Ces femmes parlent de douleurs musculaires, d'engourdissement au niveau des jointures, d'une incapacité à fournir les efforts nécessaires pour pourvoir aux besoins de leur foyer. Ce sont des tremblements des extrémités, des douleurs dans les masses musculaires et fréquemment ces femmes avouent avoir maigri et avoir perdu leur entrain depuis l'insertion de l'appareil .

Il faut bien dire que la plupart de ces femmes sont de condition modeste et ont des revenus très aléatoires . Aussi leur constitution physique n'est-elle pas des meilleures .

Ces observations sont à rapprocher des constatations de "JOYCE NEILL" (10) : ce dernier supposait que l'anémie, si elle se présente dans la contraception est du type carence en fer qui pourrait se traiter en administrant du fer par voie orale, sans qu'il soit nécessaire d'interrompre la méthode .

Toutes les expériences effectuées avec le stérilet révèlent que l'écoulement menstruel augmente chez la plupart des femmes au début tout au moins : on s'attendait donc à trouver quelques altérations dans la formule sanguine des femmes qui utilisent le stérilet .

Des expériences quantitatives par NILSSON et SOLVELL (11) montrèrent que la quantité moyenne du sang perdu était diminuée de moitié chez les femmes utilisant des contraceptifs oraux .

L'étude la plus importante publiée sur la perte de sang et les contraceptifs est un article de ZADEH , KARABUS et FIELDING (12) qui examinèrent 219 femmes , à Londres : le stérilet tend à abaisser le niveau de l'hémoglobine et les autres valeurs alors que les contraceptifs oraux les augmentent selon ces auteurs.

BURTON (12) compare deux groupes de femmes, l'un utilisait des pessaires, l'autre des contraceptifs oraux . Quoiqu'il n'y ait pas de différence significative dans les taux d'hémoglobine, le niveau du sérum en fer le TIBC (capacité totale de liaison du fer) et le PCV (valeur de l'hématocrite) étaient de façon significative plus élevées chez les femmes qui prenaient des contraceptifs oraux .

Cependant, on a observé que le plus grand nombre de retraits de stérilets est de loin dû aux ménorragies , de telle sorte que si celles-ci pouvaient être contrôlées ou éliminées, l'acceptabilité de cette méthode augmenterait . D'après TIETZE , 15% des stérilets furent enlevés au cours de la première année pour des raisons médicales : 10,6% furent enlevés à cause de saignements et de douleurs .

Selon l'auteur, les longues et abondantes périodes de saignement chez ces femmes ne mènent pas nécessairement à des valeurs basses en hémoglobine ; en fait, on prend le plus fréquemment la décision d'enlever le dispositif parce que le schéma menstruel est inacceptable et difficile à traiter à l'heure actuelle, plutôt en raison d'une anémie ferriprive qui peut être traitée .

C'est en partant de cette idée , et compte-tenu de nos observations dans ce domaine, qu'on a tenu à vérifier si les désordres hémorragiques amenaient bien une spoliation ferrique, et si cette spoliation pourrait engendrer ces désordres cliniques améliorables par le fer .

a) Moyens utilisés dans l'enquête et choix du lot expérimental :

Etant donné que ce sont surtout les femmes ayant subi un curetage avec pose d'un stérilet, qui saignaient le plus en raison de la spoliation initiale provoquée par l'abortum, puis par la pose d'un appareil, et comme, par ailleurs ce sont surtout ces femmes-là qui se plaignent le plus du syndrome myo-asthénique , aussi le lot expérimental a-t-il été choisi parmi les contraceptrices ayant subi un curetage .

Dès leur entrée au service pour un avortement social après avoir rempli les conditions légales, un prélèvement de sang est fait à chaque femme et une hématocrite , un taux d'hémoglobine et surtout un taux de fer sérique sont demandés . L'hématocrite avec la numération dont on n'a pas tenu compte et qui n'a été faite qu'à titre indicatif, de même que le taux d'hémoglobine ont été faits au Laboratoire d'hématologie de l'Hôpital Aziza Othmana. Alors que la totalité des résultats de fer sérique ont été faits par les soins du laboratoire de chimie de l'Institut Pasteur de Tunis (selon le procédé de RAMSEY) .

L'expérience a débuté au mois de Mai 1969 et a pris fin au mois d'Octobre 1969, soit 6 mois .

Elle a consisté à faire des prélèvements à chaque femme admise pour avortement social, suivi d'une pose de stérilet . Des critères ont été posés à l'avance : l'âge de la femme devait être compris entre 20 et 35 ans, chaque femme devait avoir au moins 5 enfants vivants,un état général et local satisfaisants .

L'expérience consistait à faire des prélèvements initiaux avant le curetage et d'essayer de suivre ces femmes au moins à un mois d'intervalle pour des contrôles hématologiques ultérieurs, et ceci à 3 ou 4 reprises .

Il y eut beaucoup de difficultés pour convaincre ces femmes à revenir ponctuellement, car, une fois parties, il était difficile d'aller les contacter étant donné l'insuffisance de l'organisation sanitaire . Déjà la femme

elle-même sentant que tout allait bien, étant donné ses occupations familiales et la plupart du temps l'éloignement, négligeait de revenir ; d'où l'extrême difficulté de ramasser tous les renseignements, et ceci explique le nombre différent des examens initiaux et des examens finaux .

Cette enquête ne possède peut-être pas toutes les normes souhaitables, faute de moyens techniques , mais notre espoir est que cette enquête soit poursuivie par la suite avec beaucoup de possibilités et sur une plus longue période .

b) Hémorragie et fer : observations physiologiques variations pathologiques .

On admet généralement que l'hémoglobine est un complexe de coordination où les atomes de fer forment le centre, mais de tous les complexes de coordination formés par les métaux, celui-ci est le seul à contracter avec l'O_2 une liaison réversible, l'hémoglobine agit comme transporteur d' O_2 et cette molécule est attachée à l'atome de fer . (900 g d'hémoglobine pour 3 g de fer dans l'organisme) .

La totalité du fer non héminique musculaire chez l'homme (myoglobine) représente environ 500 mg soit plus de 10% de la totalité du fer de l'organisme et environ 25% de la totalité du fer non hémoglobinique (fer véhiculé par la sidérophylline-ferritine-hémosidérine) .

Il existe dans le muscle une fraction particulière que l'on appelle "fer dissimulé" qui semble lié à une protéine contractile "l'actomyosine" . Il est possible selon DREYFUS , qu'il intervienne dans la contraction musculaire .

Au cours de l'anémie par carence martiale qu'elle soit due à un rapport insuffisant ou à des pertes par hémorragies, on trouve une chute de fer sérique avec désaturation de la sidérophylline .

Chez la femme, on estime à 30 mg par mois le déficit provoqué par les hémorragies . Pour une femme de 50 kg, il faut un apport de 12 mg/j.

L'hyposidérose par hémorragie a été bien étudiée et on doit rappeler que la perte de 10 ml de sang équivaut à une spoliation d'au moins 50 mg de fer . Les hémorragies aboutissent à une anémie hypochrome avec hyposidérémie, puisque une perte de 500 g de sang nécessite pour sa réparation 250 mg de fer ; il est logique de penser qu'une femme sujette à une hyperménorrhée provoquée par la présence d'un stérilet, perdra plus que cette quantité, d'autant plus que l'on se trouve dans un pays où le régime est déséquilibré et où le fer n'est point assez consommé . Donc cette carence ira en s'accentuant et finira par provoquer une déchéance organique prévisible .

DREYFUS insiste sur les états d'hyposidérose sans anémie . WALDENSTROM puis JASINSKI et ROTH dans une monographie récente ont insisté sur la relative fréquence de tels états : il s'agit de femmes présentant de l'adynamie, une fatigabilité qui provoque une diminution de la capacité de travail . Ceci rejoint bien nos observations ; toutefois, ces auteurs ont vu que des taux de 80 % d'HB soit 12 g% considérés comme normaux, ne le sont peut-être pas et pourraient être considérés comme une indication à un traitement modéré par le fer .

Le fer sérique est tantôt franchement abaissé, tantôt dans la limite de la normale . Mais là encore, des valeurs de 60 à 80 mg pour 100 ml bien que n'étant pas franchement pathologiques pourraient être envisagées comme une indication à un traitement d'épreuve chez une femme jeune se plaignant de fatigue prolongée ou de troubles cutanés muqueux, même en l'absence d'anémie nette on doit songer à une hyposidérose qui pourra être affirmée par les épreuves biologiques et qui cèdera rapidement au traitement martial .

Donc, il est logique de penser que la diminution du fer circulant véhiculant l'oxygène vers le muscle

par hémorragie, laissera le système musculaire en quelque sorte en anoxie, ce qui engendrera un mauvais rendement par un mauvais jeu enzymatique d'où cette sensation irrémédiable de fatigue et d'épuisement à retentissement musculaire .

c) Incidence du stérilet par les hémorragies sur le taux d'hématocrite .

L'expérience a porté sur un lot de 41 femmes initiales, prises au hasard et venant demander une interruption de leur grossesse suivie d'insertion d'appareil intra-utérin (avortement thérapeutique ou avortement social selon le nombre d'enfants) .

Donc, à ces 41 femmes ont été insérés 41 appareils intra -utérins .
Chacune d'elles a reçu une boucle de Lippes .

24 femmes sur ce lot sont revenues un mois après l'insertion pour un contrôle médical et hématologique .

29 femmes de ce lot sont revenues seulement après un délai de deux mois après l'insertion pour un contrôle médical et hématologique . 14 femmes sont revenues après trois mois .

Bien que chaque femme ne revienne pour un contrôle qu'après un délai variable à partir de l'examen initial, on pourra tout de même avoir une idée des variations possibles .

Les dosages d'hémoglobine ne sont pas très concluants, car tous les résultats rapportés sont des valeurs normales entre 11 et 15 g sans variations notables . Par contre, l'hématocrite accuse des variations appréciables .

T A B L E A U I

Résultats initiaux de l'Hématocrite
en fonction de l'âge et du nombre d'enfants
(page 110)

T A B L E A U II

Variations de l'Hématocrite
(page 112)

TABLEAU I

Résultats initiaux de l'HEMATOCRITE
en fonction de l'âge et du nombre d'enfants

N° d'ordre	Age en années	Enfants vivants	Enfants décédés	Fausses couches	HEMATOCRITE M O
1	35	7	1	0	36 %
2	25	3	0	1	41 %
3	26	5	4	1	35 %
4	32	5	0	0	37 %
5	30	6	0	0	38 %
6	23	3	0	0	42 %
7	32	5	2	1	39 %
8	29	4	1	1	43 %
9	30	5	1	0	41 %
10	32	6	0	0	36 %
11	30	6	0	1	41 %
12	32	7	2	0	37 %
13	28	5	0	1	36 %
14	30	5	0	0	35 %
15	34	7	1	1	35 %
16	29	5	0	1	36 %
17	27	6	0	1	45 %
18	26	4	1	0	43 %

21	35	9	3	0	40 %
22	28	6	3	0	41 %
23	35	5	2	0	43 %
24	35	7	2	1	37 %
25	28	5	1	0	45 %
26	26	5	1	0	40 %
27	34	8	1	0	40 %
28	33	7	1	0	37 %
29	32	4	0	2	40 %
30	35	6	0	0	43 %
31	33	8	0	1	40 %
32	35	5	1	2	41 %
33	29	5	1	2	40 %
34	35	7	1	1	37 %
35	28	5	0	0	40 %
36	30	8	0	0	42 %
37	35	5	3	2	38 %
38	29	6	1	0	50 %
39	29	5	1	1	43 %
40	33	7	2	1	38 %
41	30	5	0	0	43 %
Total 41 fem.	Age moyen 30 ans	Nombre moyen d'EV 6 EV			Taux moyen MO 39,8%

N° d'ordre	Taux hématocrite		Rapport M I/M O	N° d'ordre	hém
3	38/35	=	1,08	2	
11	30/41	=	0,73	5	
13	35/36	=	0,97	6	
14	37/35	=	1,05	7	
15	40/35	=	1,14	8	
16	37/36	=	1,02	9	
17	40/45	=	0,88	10	
18	45/43	=	1,04	11	
19	26/38	=	0,68	12	
20	41/41	=	1	13	
21	42/40	=	1,05	15	
22	38/41	=	0,92	16	
23	40/43	=	0,93	17	
24	37/37	=	1	19	
25	41/45	=	0,91	21	
26	41/40	=	1,02	22	
28	40/37	=	1,08	23	
29	39/40	=	0,97	24	
30	40/43	=	0,93	25	
32	35/41	=	0,85	26	
33	39/40	=	0,97	27	
34	38/37	=	1,02	28	
38	35/50	=	0,70	31	
39	45/43	=	1,04	32	
				35	
				36	
				37	
				39	
				40	

Sur 24 femmes :	Sur 29 femmes :
- 12 femmes ont des taux ↓	- 16 femmes ont de
- 2 femmes ont des taux =	- 4 femmes ont de
- 10 femmes ont des taux ↑	- 13 femmes ont de
Taux moyen M 1 = 38,29 %	Taux moyen M 2 =

M O : examen initial avant le curetage - M 1 1er contrôle u
2 mois plus tard, après le curetage. M 3 : 3ème contrôle au

TABLEAU II - Variations de l'Hématocrite

te		Rapport M 2/M 0	N° d'ordre	Taux hématocrite		Rapport M 3/M 0
	=	0,68	3	35/36	=	0,97
	=	1,05	4	37/35	=	1,05
	=	0,71	6	41/42	=	0,97
	=	0,84	8	42/43	=	0,97
	=	0,90	9	40/41	=	0,97
	=	1,02	13	35/36	=	0,97
	=	0,97	14	30/35	=	0,85
	=	0,92	15	39/35	=	1,1
	=	1,08	25	44/45	=	0,97
	=	0,97	26	41/40	=	1,02
	=	1,14	32	39/41	=	0,95
	=	1,11	36	42/43	=	1
	=	1,07	37	37/38	=	0,97
	=	0,95	41	42/43	=	0,95
	=	1,05				
	=	1,02				
	=	0,95				
	=	0,70				
	=	0,43				
	=	1				
	=	0,92				
	=	0,94				
	=	1				
	=	0,92				
	=	1				
	=	1				
	=	0,97				
	=	0,97				
	=	1,08				

	Sur 14 femmes
↓	- 10 femmes ont des taux ↓
=	- 1 femme a un taux =
↑	- 3 femmes ont des taux ↑
7 %	Taux moyen M 3 = 38,85 %

plus tard, après le curetage. M 2 : 2ème contrôle au moins
s 3 mois plus tard, après le curetage.

Les moyennes des taux M_0 (39,8%) par rapport à M_1 (38,29%) à M_2 (38,37%), M_3 (38,85%) montrent une légère baisse .

A la lumière de ces résultats quoique pour une période assez courte de trois mois pendant laquelle la femme est sujette à une hémorragie supérieure à la normale et compte-tenu des facteurs de compensations individuels à la déperdition, on peut dire qu'il existe une baisse discrète des valeurs de l'hématocrite à courte échéance . Il est possible que cette spoliation finisse par dépasser les facteurs compensateurs et, à longue échéance, on peut prévoir l'installation d'un état d'anémie responsable de l'altération de l'état général .

d) Incidences du stérilet sur le fer sérique .

Les valeurs sont plus convaincantes .

Les taux normaux du fer sérique selon DREYFUS sont de :

- pour l'homme = 135γ ± 55 %
- pour la femme = 120γ ± 60 %

En Tunisie, selon notre expérience, les chiffres sont les suivants :

Nombre de femmes	*Pourcentage*	*Résultats en γ*
75	52	de 0 à 50 γ
25	17	de 51 à 64 γ
31	20	de 65 à 90 γ
15	11	de 91 et + de 91
146	100 %	

Ainsi, il existe parmi les femmes candidates à la contraception intra-utérine :

- 69 % des femmes en état d'hyposidérose sérieux .
- 20 % des femmes avec des résultats acceptables .
- 11 % des femmes avec des résultats normaux .

En revenant à notre étude analytique et expérimentale dans le lot de 41 femmes qui ont été suivies avec des examens hématologiques aussi bien d'hématocrites successifs qu'actuellement de taux de fer sérique , on peut constater selon ces tableaux :

TABLEAU III

Résultats initiaux du FER SERIQUE en fonction de l'âge et du nombre d'enfants

N° d'ordre	*Age en années*	*Enfants vivants*	*Enfants décédés*	*Fausses couches*	*FER SERIQUE M O en γ*
1	35	7	1	0	30
2	25	3	0	1	35
3	26	5	4	1	20
4	32	5	0	0	44
5	30	6	0	0	90
6	23	3	0	0	11
7	32	5	2	1	60
8	29	4	1	1	48,5
9	30	5	1	0	25,5
10	32	6	0	0	102
11	30	6	0	1	45
12	32	7	2	0	28
13	28	5	0	1	51
14	30	5	0	0	103
15	34	7	1	1	120
16	29	5	0	1	31
17	27	6	0	1	56
18	26	4	1	0	75

21	35	9	3	0	37
22	28	6	3	0	68,5
23	35	5	2	0	112,5
24	35	7	2	1	112
25	28	5	1	0	137
26	26	5	1	0	64
27	34	8	1	0	35
28	33	7	1	0	35
29	32	4	0	2	160
30	35	6	0	0	55
31	33	8	0	1	44,5
32	35	5	1	2	60
33	29	5	1	2	60
34	35	7	1	1	52
35	28	5	0	0	40
36	30	8	0	0	75
37	35	5	3	2	46
38	29	6	1	0	71
39	29	5	1	1	58
40	33	7	2	1	35
41	30	5	0	0	45
Total 41 fem.	Age moyen 31 ans	Moyenne du nombre d'EV. 6.			Taux moyen de MO 84,82%

N° d'ordre	Taux de fer sérique	M I/M O	N°d'ordre	Taux de fer sérique	M 2/M
11	46/45 =	1,02	5	71/90 =	0,78
13	62,5/51 =	1,22	6	55/11 =	5
14	72/103 =	0,62	7	52/60 =	0,86
15	105/120 =	0,87	8	43/48,5 =	0,87
16	48/31 =	1,48	9	86/25,5 =	3,38
17	48/56 =	0,85	10	86/102 =	0,84
18	57/75 =	0,76	11	49/45 =	1
19	22/68,5 =	0,32	12	55/28 =	1,96
20	58/94 =	0,51	13	42/51 =	0,82
21	55/37 =	1,47	15	74/120 =	0,61
22	60/68,5 =	0,88	16	43/31 =	1,39
23	55/112,5=	0,48	17	116/56 =	2
24	55/112 =	0,49	19	29/68,5 =	0,42
25	52/137 =	0,37	21	48/37 =	1,32
26	120/64 =	1,86	22	95/68,5 =	1,38
28	38/35 =	1,08	23	85/112,5=	0,75
29	85/160 =	0,53	24	37/112 =	0,32
30	57/55 =	1,03	25	55/137 =	0,40
33	100/60 =	1,50	26	64/64 =	1
34	80/52 =	1,53	27	50/35 =	1,43
38	100/71 =	1,40	28	59/35 =	1,68
39	176/58 =	3	31	38/44,5 =	0,83
41	28/45 =	0,62	32	43/60 =	0,71
			35	85/40 =	2,12
			36	53/75 =	0,70
			37	80/46 =	1,73
			39	57/58 =	0,98
			40	100/35 =	2,85

Sur 23 femmes après 1 mois au moins.	Sur 28 femmes après 2 mois au moins
- 12 femmes ont des taux ↓	- 14 femmes ont des taux ↓
- 9 femmes ont des taux ↑	- 12 femmes ont des taux ↑
- 2 femmes ont des taux =	- 2 femmes ont des taux =
Taux moyen M 1 = ... 68,67 %	Taux moyen M 2 = ... 62,50

M O : résultats du prélèvement initial avant le curetage. M 1 : M 2 : résultats du 3ème prélèvement après 2 mois au moins après moins après le curetage.

TABLEAU IV - Variations du taux de fer sérique

N° d'ordre	Taux du fer sérique	M 3/M 0	N° d'ordre	Taux du fer sérique	M 4/M 2
3	28/20	= 1,40	6	66/55	= 1,2
6	57/11	= 5	8	66/43	= 1,53
8	66/48,5	= 1,38	9	44/86	= 0,51
9	25,5/44	= 1,72	10	69/86	= 0,80
10	69/102	= 0,67	14	53/72	= 0,73
14	53/103	= 0,52	15	67/74	= 0,90
15	67/120	= 0,56	17	43/116	= 0,37
17	43/56	= 0,75	25	48/55	= 0,85
25	48/137	= 0,35	26	85/64	= 1,38
26	85/64	= 1,32	32	55/43	= 1,27
32	55/60	= 0,91	36	48/53	= 0,90
36	48/75	= 0,64	37	34/80	= 0,42
37	34/46	= 0,73	38	98/100	= 0,98
38	98/71	= 1,37			

ur 14 femmes après 3 mois au oins

8 femmes ont des taux ↓
6 femmes ont des taux ↑

aux moyen M 3…… 55,46 %

Rapport des 2 derniers mois, sur 13 femmes

- 9 femmes ont des taux ↓
- 4 femmes ont des taux ↑

Taux moyen M 4…… 57,38 %

ultats du 2ème prélèvement après 1 mois au moins, après le curetage
e curetage. M 3 : résultats du 4ème prélèvement après 3 mois au

On constate qu'il existe à peu près le même nombre de femmes qui voient leurs résultats s'améliorer que celles qui voient leurs résultats diminuer et on sent davantage selon les faibles valeurs des améliorations , qu'il existe en réalité une tendance légère vers la baisse. Le 4ème tableau montre une baisse réelle non par rapport au résultat initial M_0 mais au résultat M_2 . En effet, sur 13 femmes, il y a 9 cas de baisses pour 4 cas d'amélioration . Les taux moyens de M_0 (84,82%) par rapport à M_1 (68,67%) M_1 (62,5%) M_3 (55,46%) et M_4 (57,38%) montrent une chute sensible des pourcentages du fer sérique .

On voit donc bien malgré le manque de recul suffisant de l'expérience et malgré le nombre restreint et non sélectionné des prétendantes à la contraception intra-utérine, qu'il existe une variation en général dans le sens d'une baisse du taux du fer sérique surtout au 4ème tableau, et malgré l'existence d'une compensation fugace des déperditions aux dépens du fer de réserves mais on peut prévoir qu'à longue échéance, cette hyposidérose ne tardera pas à instituer un état d'anémie ferriprive par décompensation des mécanismes régulateurs entraînant comme on le sait, et compte-tenu d'un état initial précaire, un état de déchéance physique avec hypotonie musculaire et fatigabilité secondaire à une anoxie musculaire par manque de fer, des troubles des phanères et surtout une anorexie par achylie secondaire comme on le voit dans le syndrome de Plumer- Winson.

e) Conclusions pratiques à la lumière de cette expérience en attendant un recul suffisant de l'enquête = solutions proposées .

Dans un pays comme le nôtre, et compte-tenu de nos ressources et de notre contexte social, il est logique avant d'exploiter la réussite d'un programme prévu, de penser d'abord au terrain des couches sociales, il aurait fallu étudier les données pour éviter d'éventuels échecs de la méthode proposée .

Le stérilet est un des moyens les plus efficaces , mais est-ce que le terrain sur lequel il s'adapte est indemne de tares ?

L'expérience a prouvé que la population Tunisienne est nettement carencée en fer, compte-tenu de son régime déséquilibré souvent faute de moyens, il est donc logique qu'une expérience ne puisse donner tout le succès escompté , car le terrain précaire ne fera que s'aggraver aux dépens de la méthode .

Aussi aurait-il été plus logique de traiter l'être humain en tant qu'individu et non en tant que sujet d'expérimentation, et avant toute action, cela aurait été bénéfique, et dans le cas de contraception intra-utérine de recourir avant chaque insertion à des examens qui doivent être systématiques et à contrôles ultérieurs .

La carence actuelle en fer est une carence d'apport . Le traitement en est des plus simples et un traitement ambulatoire d'un composé ferreux assimilable devrait être utilisé et donné généreusement à chaque contraceptrice , à chaque contrôle avec examens de fer sérique périodiques, un traitement à la vitamine C adjuvant ne ferait qu'assimiler davantage le fer prescrit .

Il serait aussi logique, une fois la lutte menée contre l'asthénie, de lutter contre l'hyperménorrhée progressive de ces femmes en utilisant dès le début l'usage des hémostatiques au moment des règles (à titre d'œstrogènes ou de méthergin); ceci ne ferait que réduire cette peur devant ce flot menstruel .

Un complément d'informations utiles concernant les accidents prévisibles devrait être dispensé pour une meilleure mise en confiance .

La dernière option qui mérite d'être soulignée serait d'envisager si éventuellement une diversification des modèles du stérilet ne serait pas pour améliorer les inconvénients du Lippes (en particulier les métrorragies et les perforations) , donnant ainsi aux gynécologues une plus grande liberté devant leurs problèmes quotidiens de contraception .

Il serait bon de souligner qu'à la lumière de ces résultats et à partir de la fin de cette enquête , on a demandé à la direction du "Planning Familial" de nous fournir une plus grande quantité de pilules de fer (protoxalate de fer simple et composé) ainsi que de la vitamine C qui ont été distribués quotidiennement aux contraceptrices de façon systématique ; ceci nous donne d'ailleurs quelques satisfactions, car on commence à constater de moins en moins de plaignantes, et dans cette perspective notre espoir serait grand d'arriver un jour à une meilleure acceptabilité de la contraception intra-utérine .

D_/ IMPORTANCE DU TYPE DE STERILET UTILISE : A propos du premier appareil intra - utérin français l'OM-GA .

La mise à la disposition du corps médical de divers types de dispositifs intra-utérins, pourrait réduire certaines difficultés psychologiques et minimiser les inconvénients de la boucle de Lippes .

Depuis l'invention de "GRAFFENBERG" , il existe actuellement une trentaine d'appareils en circulation de formes diverses, depuis la boucle jusqu'à la spirale en l'accommodant d'un appendice ou en s'en passant, selon que l'appareil ait une structure ouverte ou fermée, on s'est ingénié selon le résultat obtenu à multiplier les

formes et à améliorer la synthèse du matériau constitutif (tels avec les dérivés siliconés) afin de réduire les inconvénients des dispositifs en circulation .

Actuellement parmi les solutions proposées, il semble que le dispositif intra-utérin français OM-GA mis au point par le Dr MALGOUYAT de Bordeaux, est en train de rallier tous les suffrages comme cela a été rapporté par la Société Française de Gynécologie .

Les statistiques établies à Paris avec l'appareil intra-utérin Corolle (Jean COHEN) utilisé généralement dans le traitement des synéchies utérines après deux années d'expérimentation, donnent les résultats suivants :

Sur 477 patientes contrôlées		Pourcentages
Expulsions	45	9,8%
Grossesses : corolle en place ou expulsée	3	0,7%
Retraits	41	9,5%

Il est évident que le taux de grossesses avec l'appareil Corolle est assez bas, mais le taux d'expulsions reste bien élevé . Cependant si l'on se réfère aux statistiques comparatives portant sur une période de une année, venues dans l'extrait des comptes-rendus de la société française de gynécologie et arrêtées au 20 Janvier 1968(14) ces derniers sont très démonstratifs et en faveur de l'OM-GA qui serait sur tous les points de vue, le mieux toléré.

Boucles de LIPPES		SAF-T-COIL		OM-GA		
Insérés	150	Insérés	10	Insérés	135	22
Expulsés	25	Expulsés	2	Expulsés	10	1
Enlevés	10	Enlevés	3	Enlevés	1	1
Grossesses	4	Grossesses	3	Grossesses	0	0
OM-GA : insérés après expulsion du Lippes					4	5
OM-GA : expulsés					2	3
OM-GA n°2) insérés après expulsion OM-GAn°1						5
OM-GA expulsés						2

D'ailleurs l'étude synthétique venue à la table ronde sur la contraception intra-utérine, et selon le Professeur "ESPAGNO" est elle aussi venue confirmer les avantages de l'OM-GA (le 20 Avril 1969 à Toulouse) (15).

Sur 2.827 stérilets posés, répartis comme il suit (en nombre de femmes) :

- OM-GA 1.895
- LIPPES 631
- SAF-T-COIL 301

1/ Tolérance	*Bonne tolérance*	*Chiffre total*	*Pourcentage*
- Lippes	546	631	86,5 %
- OM - GA	1.644	1.895	87,8 %
- S.T.C.	345	301	82 %
2/ Expulsions partielles ou totales	*Chiffre total*	*Expulsion*	*Poucentage*
- Lippes	631	77	12,2 %
- OM -GA	1.895	165	8,75%
- S.T.C.	301	40	13,3 %
3/ Grossesses			
- Lippes	631	19	3,01%
- OM - GA	1.895	35	1,08%
- S.T.C.	301	14	4,06%

Ces chiffres paraissent très significatifs et la plupart des médecins réunis à cette table ronde sont tombés d'accord sur les avantages multiples du stérilet OM-GA .

D'ailleurs, ce qui rendrait cet appareil pour notre étude d'autant plus intéressant, c'est la nature du matériau exclusif utilisé (copolymère de la famille des polyoléfines). Sa mémoire et son extrême souplesse permettent à l'OM-GA de s'adapter aux contours de la cavité utérine même s'ils sont légèrement déformés, et de s'épanouir ou d'apparaître resserré selon la largeur de

l'utérus et cela sans léser l'endomètre comme le prouvent la tolérance parfaite et l'absence presque totale d'incidents douloureux ou hémorragiques (conformément à la communication) .

Il est par ailleurs auto-réglable et auto-centreur et s'adapte à toutes les largeurs utérines . D' ailleurs, il s'oppose à l'expulsion, mais son extraction reste par contre toujours facile .

La question qu'on devrait se poser à ce stade, reste de savoir si ce genre d'appareil serait capable , dans notre contexte et dans notre population, de corriger les méfaits hémorragiques dont on souffre par l'utilisation exclusive de la boucle de Lippes .

E/ COMPARAISON STERILET - CONTRACEPTION ORALE A L'HOPITAL AZIZA OTHMANA .

Les résultats du dépouillement des fiches concernant deux années et demie d'utilisation de la contraception orale à l'Hôpital Aziza Othmana de Tunis (13) , l'un des trois centres principaux de contraception de Tunis,(à part les Centres de P.M.I.), montrent que 638 femmes ont accepté la contraception orale dont :

- 271 femmes ont suivi régulièrement l'utilisation chaque mois de leur contraceptif oral .
- 259 femmes ont pris la pilule pendant quelques mois et n'ont plus été revues à la consultation depuis 8 mois minimum et n'ont pas continué régulièrement .
- 108 femmes ont abandonné la méthode pour diverses raisons (intolérances, ligatures, condoms, métrorragies, causes personnelles) .

On a calculé sur 574 femmes le nombre de mois d'utilisation de la pilule pour chaque femme .

Nbre de mois	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Nbre de femmes	138	52	61	40	46	28	26	16	18	22
Nbre de mois	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20
Nbre de femmes	12	15	15	18	14	10	9	7	6	7
Nbre de mois	21	22	23	24	25	26	27	28	29	
Nbre de femmes	1	2	3	4	2	0	1	1	0	

Les utilisatrices nouvelles de moins de cinq mois ont été exclues de l'enquête.

On constate que les femmes utilisant la contraception orale ne persévèrent pas et finissent par abandonner la méthode après un minimum de trois mois et un maximum de dix à douze mois .

Les arrêts de la pilule selon cause médicale ou secondaires à des troubles se font du 6ème au 16ème mois d'utilisation, par arrêt définitif .

On se rend compte d'une chose, c'est que la pilule n'est point un contraceptif à bon rendement pour la femme tunisienne en général, car les femmes ne tardent pas à abandonner la méthode, compte-tenu du niveau intellectuel et de l'information insuffisante qui font que ces femmes ne sont pas pour ainsi dire vraiment protégées contre les grossesses .

En comparant avec les résultats du stérilet, on s'aperçoit que ce dernier donne une meilleure protection malgré des inconvénients pour une population comme la nôtre, et il serait de notre devoir de faire développer cette méthode .

La pilule sera donc réservée toutefois à chaque femme qui aura un certain niveau social élevé lui permettant de la bien utiliser et de bien supporter psychologiquement ses inconvénients .

Pour mettre une note finale à cette enquête, il serait bon d'insister sur le fait qu'il faut considérer la femme candidate à la contraception comme un individu fragile qu'il faut savoir ménager, pour qui on doit assurer au foyer une meilleure harmonie conjugale par notre entremise, et non son désespoir et son ressentiment , aussi notre désir, par ce travail serait d'arriver à égaler un certain idéal quoique utopique, et d'arriver à mettre toute la lumière sur certains points qui nous semblent des problèmes, dont la résolution pourrait améliorer la condition de toute femme Tunisienne désireuse de participer activement à une contraception quelconque et celà, avec toute confiance et avec un meilleur rapport avec son médecin .

ESSAI D'EVALUATION

En 1964, le plan prévoyait 60.000 nouvelles contraceptrices par année .

Nous avons posé de Juin 1964, jusqu'à Septembre 1970 le nombre d'appareils suivant :

- Insertions primaires (après règles) = 63.544
- Insertions secondaires (après expulsion ou retraits) = 2.091

Soit 65.635 insertions totales .

Depuis la loi de 1965 autorisant l'avortement, 10.000 avortements ont été faits en Tunisie, suivis d'une insertion secondaire de stérilet . Ceci signifie donc autant de naissances évitées, soit 10.000 scolarisations en moins pour les cinq années à venir .

Si l'on sait qu'il faut 50 élèves pour une classe primaire, les avortements sociaux ont soulagé le ministère de l'éducation nationale d'environ 200 classes primaires .

L'état des dépenses de l'Education Nationale selon les dernières références (1), , ont représenté en 1960 , 23% du budget de l'état ; en 1971, ils représenteront 29% . En volume, elles auront pratiquement quadruplé :cette proportion est l'une des plus fortes du monde ; puisqu'en général, on consacre dans les autres pays 15 à 20% à l'éducation .

Le nombre d'élèves actuellement en Tunisie dépasse un million, soit le 1/5 de la population, le 1/3

du budget soit 42 millions de dinars leur est consacré.

Le nombre d'élèves de 230.000 s'est élevé à 900.000 de 1956 à 1970 .

Le nombre d'inscrits aux écoles primaires a été cette année de 140.000 contre 90.000 en 1959-60 soit un accroissement de 50.000 nouveaux inscrits en dix années .

Il est donc permis à ce stade d'essayer de se représenter les répercussions de l'effort contraceptif sur la scolarisation .

Une enquête du C. E. R. E. S. (2) relative à l'évaluation des coûts qu'aurait donné une naissance évitée en moyenne (coûts cumulés de la naissance à la fin de la scolarisation) a donné :

- coût pour le primaire ..... 128 dinars
- coût pour le secondaire ..... 269 dinars
- allocations dfamiliales ..... 34 dinars
- coût d'accouchement ..... 6 dinars
- dépenses de consommation 563 dinars

1.000 dinars

Par ailleurs, bien que l'avortement social reste gratuit en Tunisie si chaque femme l'aurait payé au même titre que la candidate à l'avortement thérapeutique , elle aurait coûté à la Direction du Planning Familial :

- avortement social ..... 12 dinars
- hospitalisation : journées : 1,575x2 3.150 dinars
- frais généraux du dispensaire ..... 5 dinars
- médicaments et soins ..... 5 dinars

25 dinars

soit une valeur de 30 dinars par femme : 10.000 avortements sociaux auraient coûté : 300.000 dinars .

Par conséquent, ces 10.000 naissances évitées auraient coûté à l'Etat : 10.000 x 1.000 dinars = 10.000.000 dinars. A l'Education Nationale pour le primaire : 10.000/128 dinars = 1.280.000 dinars .

Ceci montre bien que l'Education Nationale gagnerait dans les cinq années à venir d'après la loi de 1965 :

1.280.000 dinars - 300.000 dinars = 980.000 dinars .

Ceci est très appréciable et doit faire pencher toute contribution en faveur de la politique de limitation des naissances . L'Etat Tunisien a donc tout intérêt à favoriser et généraliser les avortements sociaux, ainsi que les différentes pratiques contraceptives, par multiplication des crédits, ce qui ne manquera pas de régulariser pour une meilleure effectivité, la scolarisation .

Tant que le nombre des élèves inscrits aux écoles primaires croîtra chaque année, le planning familial n'aura pas eu son plein effet . Le jour où le nombre de scolarisations diminuera pour se maintenir chaque année à un niveau stable , sera certainement le jour qui révèlera une baisse réelle du taux de la natalité, et par là même, la réussite de notre programme de contraception en Tunisie .

CONCLUSIONS

Une brève entrée en matière pose le problème de la régulation des naissances et envisage sa signification par rapport à celle du contrôle d'une population.

Nous situons ensuite le problème dans le contexte mondial avant de le poser à l'échelle tunisienne.

Les modifications apportées dans la législation et l'élaboration de lois nouvelles : recul de l'âge au mariage et avortements sociaux, sont ensuite présentées. Les conséquences religieuses sont ensuite abordées par la présentation de plusieurs textes promulgués par les "Oulémas" .

Les résultats obtenus par la mise en place des stérilets font l'objet de plusieurs chapitres . L' un d'entre eux est consacré aux accidents hémorragiques et à l'intérêt des thérapeutiques martiales .

Une brève comparaison avec les résultats obtenus par les œstroprogestatifs per os est ensuite présentée . Le dernier chapitre est un essai d'évaluation - en termes économiques - des résultats obtenus par la campagne tunisienne de contraception .

SERMENT

En présence des maîtres de cette École, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime.

Reconnaissant envers mes Maîtres, je tiendrai leurs enfants et ceux de mes confrères pour des frères, et s'ils devaient apprendre la médecine ou recourir à mes soins je les instruirai et les soignerai sans salaire ni engagement.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir heureusement de la vie et de ma profession, honoré à jamais parmi les hommes. Si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Vu,
Le Président de l'Université de Bordeaux II :
H. BRICAUD

Bon à imprimer,
Le Président de Thèse :
C. RICHIR

Vu et permis d'imprimer,
Bordeaux, le 9 mars 1971
Le Chancelier des Universités :
J. BABIN

A N N E X E S

Conformément. Introduction documents cités Chapitre V, paragraphe 2 : l'Islam devant les pratiques contraceptives : citation d'El WANCHARISSI dans El MIIAR,-: phrase soulignée (164-165).

Conformément. Traduction de la première autorisation venue au 3ème paragraphe du Chapitre V : l'Islam devant les différentes pratiques contraceptives : texte original de la première autorisation arabe.

دار الافتاء المصرية

مفتي الديار المصرية

(امضاء) **حسنين محمد مخلوف**

صورة طبق الأصل من الفتوى الصادرة من دار الافتـــاء برقم ٨١ الصادرة من حضرة الأستاذ الأكبر الشيخ عبد المجيد سليم مفتي الديار المصرية بتاريخ ١٢ ذي القعدة سنة ١٣٥٥ الموافق ٢٥ يناير سنة ١٩٣٧ ، سجل ٤٣ ، ونصها كالآتي :

سأل سائل قال : – ما قول فضيلتكم فيما يأتي – رجل تزوج رزق بولد واحد ، ويخشى ان هـو رزق بأولاد كثيرين أن يقع في حرج من عدم قدرته على تربية الأولاد والعناية بهم ، أو أن تسوء صحته فتضعف اعصابه عن تحمل واجباتهم ومتاعبهم ، أو أن تسوء صحة زوجتـــه لكثرة ما تحمل وتضع دون أن يمضي بين الحمل والحمل فترة تستريح فيهـا وتسترد قوتها فهل له أو لزوجته أن تتخذ بعض الوسائل التي يشير بها الاطباء لتجنب كثرة النسل ، بحيث تطول الفترة بين الحمل والحمل ، فتستريح الأم ولا يرهق الوالد صحياً ومادياً واجتماعياً .

* أجـــــاب *

اطلعنا على هذا السؤال ، ونفيد بأن الذي يؤخذ من نصوص فقهاء الحنفية ، أنه يجوز أن تتخذ بعض الوسائل لمنع الحمل على الوجه المبين في السؤال كانزال الماء خارج محل المرأة ، أو وضع المرأة شيئاً يسد فم رحمها لمنع وصول ماء الرجل اليه ، وأصل المذهب أنه لا يجوز لرجل أن ينزل خارج الفرج الا باذن زوجته كما لا يجوز للمرأة أن تسد فم رحمها الا باذن الزوج ، ولكن المتأخرين أجازوا للرجل ان ينزل خارج محل المرأة بدون اذنها ان خاف من الولد السوء لفساد الزمان . قال صاحب الفتح « فليعتبر مثله من الاعذار مسقطاً لاذنها » انتهى . والظاهر من عبارة فليعتبر مثله من الاعذار كأن يكون الرجل في سفر بعيد ويخاف على الولد . وقياساً على ما قالوه ، قال بعض المتأخرين أنه يجوز للمرأة أن تسد فم رحمها بدون اذن الرجل (الزوج) اذا كان لها عذر في ذلك . وجملة القول في هذا أنه يجوز لكل من الزوجين برضا الآخر ، ان يتخذ من الوسائل ما يمنع وصول الماء الى الرحم منعاً للتولد ، ويجوز على رأي المتأخرين من فقهاء الحنفية لكل من الزوجين أن يتخذ من الوسائل ما يمنع وصول المـاء الى الرحم بدون رضا الآخر اذا كان له عذر من الاعذار التي قدمناها أو مثلها .

بقي الكلام في أنه هل يجوز منع الحمل باسقاط الماء من الرحم بعد استقراره فيه وقبل نفخ الروح في الحمل . اختلف فقهاء الحنفية في ذلك وظـاهر كلامهم ترجيح القول بعدم جوازه الا بعذر كأن ينقطع لبن المرأة بعد ظهور الحمل وله ولد وليس لأبيه ما يستأجر به الظئر ويخاف هلاك الولد ، أما بعد نفخ الروح في الحمل فلا يباح اسقاطه ، وبما ذكرنا علم الجواب عن السؤال حيث كان الحال كما ذكر به . هذا ما ظهر لنا والله سبحانه وتعالى أعلم – المحرر ، المراجع عبد الغني نور الدين .

هذه صورة طبق الأصل حررت بتاريخ ٢٣ جمادى الثانيـة سنة ١٣٧٢ – ٩ مارس سنة ١٩٥٣ بناء على طلب حضرة الدكتور محمد كمال عبد الرزاق ولا رسم عليها .

سكرتير دار الافتاء المصرية

عبد الغني نور الدين

نشرت هذه الفتوى بعدد يوليو ١٩٣٧ الخاص من المجلة الطبية المصرية ص ٥٤ ، المجلد ٢٠ .

Conformément. Traduction de la deuxième autorisation venue au 3ème paragraphe du Chapitre V : l'Islam devant les différentes pratiques contraceptives.
Texte original de la deuxième autorisation en anglais.

Question No. 6746

By Dr. Mohammed Kamel Abdul Razzak

8 M. Ghalib Street,
Pyramid Road,
Giza, CAIRO.

A married man has a child. He fears if he gets many children that he may be embarrassed y becoming unable to bring them up and take care of them; or that he may suffer ill-health nd a nervous breakdown from the inability to fulfill his duties and responsibilities towards hem; or that his wife's health may be affected from repeated pregnancies and deliveries ithout having intervals for her to rest and regain her strength and compensate for what her ody lost during pregnancy.

Does he or his wife have the right to take some scientific measures according to a doctor's dvice which lengthen the intervals between pregnancies, so that the mother can have rest nd regain her health, and the father would not be under health, economic or social ress ?

nswer

By the Fatwa Committee, Al Azhar University.

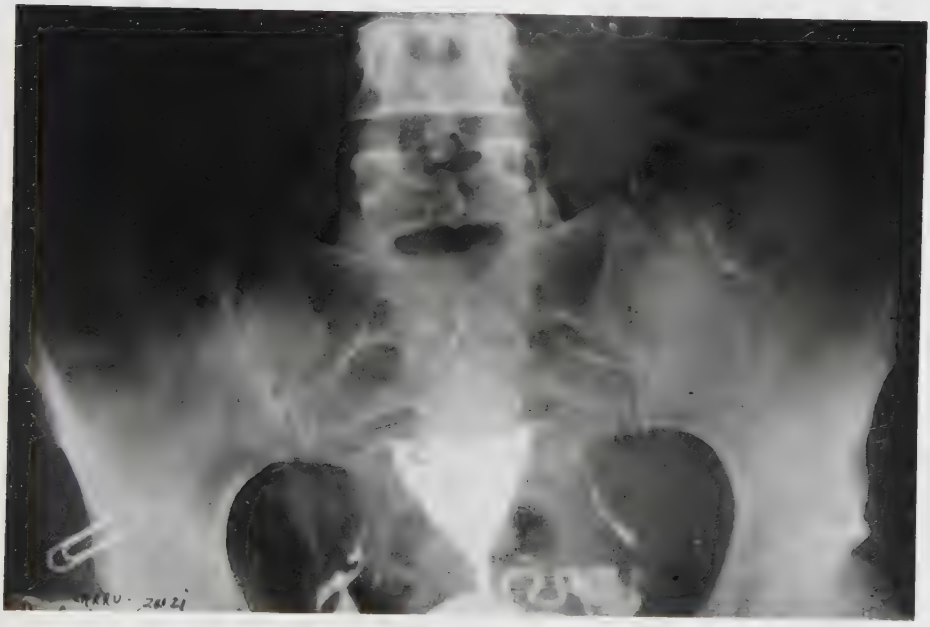
The use of medicine to prevent pregnancy temporarily is not forbidden by religion, pecially, if repeated pregnancies weaken the woman due to insufficient intervals for her to est and regain her health. The Kovan says: « ... Allah desireth for you ease; He desireth ot hardship for you... 2/185 » ... « ... And hath not laid upon you in religion any hardship . 78 » . But the use of medicine to prevent pregnancy absolutely and permanently [illegible] religion.

March, 1953

(Signed)
Mohd. Abdul Fattah el Enani
Chairman
Fatwa Commitee
Al Azhar University

Le stérilet et les perforations : migration intra-péritonéale les accidents perforatifs (Chapitre VII). Visualisation du contour utérin par hystérographie.

Appareils dans le pelvis et au niveau de l'os iliaque



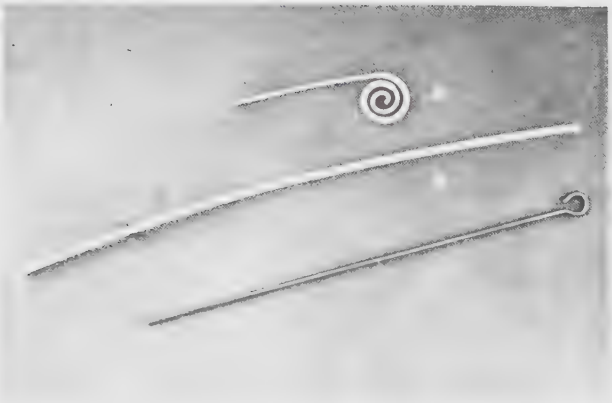
Visualisation grossesse par hystérographie;
appareil dans la fosse iliaque gauche en dehors de l'utérus

DIFFERENTS APPAREILS INTRA-UTERINS

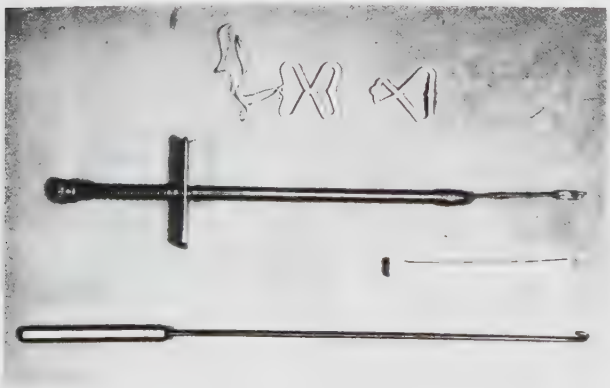
Boucle de Lippes

Corolle

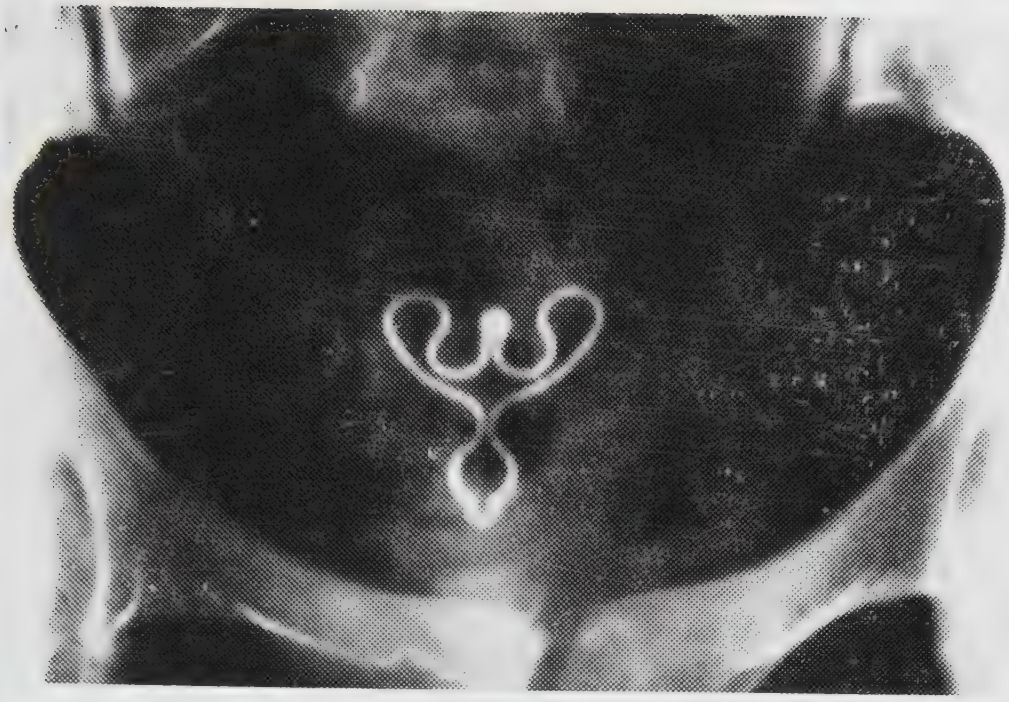
SAF-T-COÏL

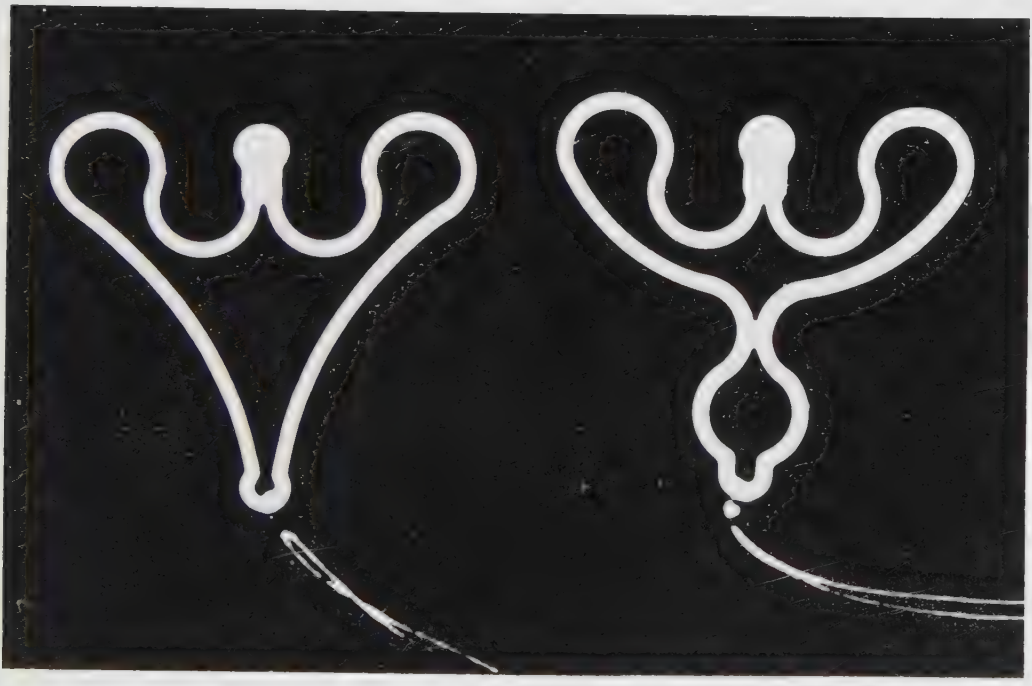


La spirale de Margulies. **A**: spirale avec appendice garni de grains; **B**: introducteur de plastique; **C**: piston métallique



L'arc de Birnberg. **A**: arcs; **B**: introducteur; **C**: protecteur de plastique pour le crochet de l'introducteur; **D**: crochet pour extraire l'arc de l'utérus





Appareil intra-utérin Français OM-GA
(extrait Comptes-rendus
de la Société Française de Gynécologie)

APPAREILS ACTUELLEMENT EN EXPERIMENTATION

A L'HOPITAL AZIZA OTHMANA A TUNIS

A B C D E

A - Appareil intra-utérin TETOM.
B - Introducteur en plastique.
C - Piston.
D - Dalkon shield.
E - Introducteur.

B I B L I O G R A P H I E

1/ Andolsek LIDIJA, Directrice de l'Institut pour le Planning Familial à la clinique universitaire d'obstétrique et de Gynécologie à Ljubljana (Yougoslavie) "Insertion d'appareils intra-utérins après avortement". Rapport préliminaire.

2/ BOUSQUET G.H.- L'Islam et la limitation volontaire des naissances.
Population, 1950, 1, pp.121-128.

3/ BOURAOUI Abdelhamid - Problèmes Psycho-sociologiques du Planning Familial en Tunisie.
Colloque de démographie magrébine, Tunis, 1969.

4/ Ben Cheikh TAWHIDA - Etude comparative de 2 moyens d'inversions des appareils intra-utérins.
CERES, 17, (18), 1969.

5/ BROWN G. " La démographie tunisienne et le Planning Familial".
Conférence sur la contraception intra-utérine Tunis, décembre 1964.

6/ BROWN G. "L'efficacité de la contraception intra-utérine en milieu tunisien".
La Tunisie médicale, 317, 1964.

7/ BCHIR Mongi - Structure par âge et Planning Familial de la population de Tunis.
Colloque de démographie magrébine. Tunis, Janvier 1969.

8/ CLARKE J.P. - Utérine perforation with the lippes loops amer.
J. Obst. Gyn., 94, p.285, 1966.

9/ CALDERONE " Manual of contraceptive pratice"
Williams and Wilkins (Baltimore 1964), 1 vol.

10/ COHEN A. "La contraception".
La Gazette des hôpitaux (10 oct. 1965),28,p.1177.

11/ DALY A. - Expérience en matière de Planning Familial dans la République Tunisienne.
Conférence internationale sur les programmes de Planning Familial. Genève 23-27 août 1965.

12/ DALY Amor - Séminaire sur les progrès réalisés en ce qui concerne les aspects biologiques, cliniques et de santé publique de la reproduction humaine.
31 mars au 3 avril, Tunis.

13/ DREYFUS R.C. et SCHAPIRA - Le fer - biochimie, physiologie, pathologie.
Expansion Scient. fr. , 1958.

14/ DOURLEN-ROLLIER A.M. - Le Planning Familial dans le monde.
1 vol. Ed. Payot, Paris, 1969.

15/ EXPOSITI J.M. - Perforation of the utérus - secondary to insertion of I.U.C.D., Obst. Gynéc., 28, p.799, 1966.

16/ FRIDMAN J.P. and PINE H.L. - Radiographie localisation of the ectopie - intra-utérine contraceptive device.
Obst. Gynéc. Scand., 45 (suppl.9) (21), 1966.

17/ GRAFFENBERT E. "The intra-utérine Silver Ring". Report of othe international world League for sexuel. Reform, Kefon Paul, London, 1930.

18/ HALL R.E. - A reappraisal of intra-utérine contraceptive device Prompted ; by the delayed decovery of uterine perforations.
J. Obst. gyn. 99 p. 808, 1967.

19/ NATHAN Kahn "Les préservatifs féminins" La contraception.
1 vol. Ed. Masson 1963.

20/ LONDON G.D. and ANDERSON C.V. - Immediate post-partum insertion of an intra-uterine contraception device.
Obst. Gynéc., 30, p. 851, 1967.

21/ LE BRAS H. et NIZARD A. - Contraception suivant l'âge et la parité.
Colloque de démographie magrébine, Tunis, janvier 1969.

22/ LEDGER W.J. and WILLSON J.P. - Intra-uterine contraceptive devices : the recognition and management of uterine perforations.
Obs. Gynec., 28, p. 806, 1966.

23/ MEYLAN Jacques - La contraception intra-utérine.
Colloque de Tunis (juin 1965).

24/ MADANI Hedi - Le contrôle des naissances.
Texte du discours prononcé à l'occasion de la rentrée solennelle de la Cour d'Appel de Tunis.
Année Judiciaire, 1963-1964.

25/ NAZER Isam - L'évolution récente du Planning Familial au Proche Orient.
F.R.C.S. groupe médical de Londres.
St-Thomas Hospital, le 14.11.68.

26/ PALMER Raoul - La contraception.
1 Vol. Ed. Masson, Paris, 1963.

27/ RAZGALLAH A. - La prévention des naissances.
(S.T.D.) Tunis, 1963, Ed. Société Tunisienne de Diffusion.

28/ SEKLANI-ROUISSI BCHIR - Cahiers du C.E.R.E.S. (Université de Tunis) Série démographie n° 3.
La fécondité des ménages à Tunis.

29/ SEKLANI M. - La fécondité dans les pays arabes.
Revue population. 15ème année. Oct. Déc., 1960, 5, pp. 831-856.

30/ SEKLANI M. - Efficacité de la contraception : méthode et résultats.
Population 2, 1963, pp. 329-346.

31/ SEKLANI M. - La prévention des naissances en Tunisie Planning Familial et avortements.
Confluents, problèmes démographiques au Maghreb. N°50, 51, 52, pp.332-338, avril-juin 1965.

32/ SIMON - La "Contraception".
1 vol. Ed. Masson, 1968.

33/ SAUVY Alfred- Théorie générale de la population (II tomes).
Presses universitaires de France, Paris, 1966.

34/ TABAH L. - Enquête sur la fécondité et la reproduction dans les pays du tiers monde.
Colloque de démographie magrébine, Tunis, janvier 1968.

35/ TABAH Léon - La contraception dans le tiers monde.
Population (6), 1967.

36/ TIETZE Christopher - Contraception with intra-utérine devices, 1959-1968.
American Journal of obstétric and Gynécology 96, p. 1043.

37/ TIETZE Christopher - "Intra-utérine contraception Rings - History and statistical Appraisal".
First International Conférence, New-York, 1962,

38/ TIETZE Christopher - "Actual position of I.U.C.D. contraception".
Conférence mondiale sur le Planning Familial. Santiago du Chili, 1967.

39/ TIETZE Christopher - Aspects statistiques de la contraception - utilisation et efficacité.
Colloque 1963, de la Société Nationale pour l'étude de la stérilité et de la fécondité.

40/ VALLIN J., BROWN G., SEBAGH C. - L'efficacité de la contraception intra-utérine dans le gouvernorat du Kef (Tunisie).
La Tunisie Médicale, Mars-avril, 1968, 2,pp.117-131.

41/ VALLIN Jacques et LAPHAM Robert. - Place du Planning Familial dans l'évolution récente de la natalité en Tunisie.
Colloque de démographie magrébine - Tunis, 6-10, janvier 1969 - Conseil de la Population - Tunis.

42/ ZUMDA M.A. R.M. - Perforation of utérus by Lippes Lopps J. Obst. Gynéc., India, 16, p.725; 1966.

COMPTE-RENDUS :

- Compte-rendus de la V° Conférence Régionale de la Région de l'Europe et du Proche-Orient, Copenhague, juillet 1966.
- Compte-rendus de la V° Conférence Régionale de l'Europe et du Proche-Orient, Copenhague, juillet 1966.

RAPPORTS :

- Les dispositifs intra-utérins - Considérations physiologiques et cliniques - Rapport d'un groupe scientifique de l'O.M.S., n° 332.
- Acceptabilité, efficacité, innocuité et tolérance des méthodes de planification familiale : congrès de l'union des médecins arabes du 11 au 16 avril 1965.

PUBLICATIONS :

- Législation Tunisienne en matière de Planning Familial Direction de la P.M.I. et du Planning Familial Code du statut personnel.
- Dernières nouvelles - L'Islam et le Planning Familial.
- Statistiques = méthodes de P.F. utilisées dans les Centres de Tunisie (décembre 1969). (Direction du Planning Familial).
- Dernières nouvelles : Publications de S.E. à la Santé Publique - Extrait du discours du Président BOURGUIBA du 1.5.69 - 60.000 Tunisiennes ont déjà adopté le Planning Familial - Pour un équipement socio-économique.

- International Planned Parenthood News n°183 (May 1969) N°2 V. 3. (May 1969) N°187 (September 1969) N°3 V.3. (August 1969) Spacial Conférence de l'I.P.P.D. à Bandung - Bulletin médical de l"I.P.P.F. - Volume 3 - n° 1 (mars 69) vol. 3 n°5 (Déc. 69) - Volume 5 n° 6 (Déc. 70).
- Servir : revue tunisienne du service public n°5 (1. 1959). La Santé Publique : le programme tunisien du- Planning Familial. Jacques VALLIN expert démographe. Conseil de la Population.
- L'Islam face à la Prévention des naissances J.G. - Confluents problèmes démographiques au Maghreb n° 50, 51, 52 (1965), pp. 302-314.

STATISTIQUES :

Fichier Planning Familial DIU et Pilules - de l'hôpital Aziza Othmana.

---°---

Editions BERGERET, 2, rue Bergeret, BORDEAUX, Tel. 91.12.59.

N O T E S

Chapitre I :

1/ I.P.P.F. : Fédération Internationale du Planning Familial 18 - 20 - Lower - Regent Street - London SWI - England. Fondée en 1952 à Bombay par les associations de Plannification Familiale de 6 pays actuellement compte 63 associations nationales membres.

Chapitre II :

1/ Revue de l'I.P.P.F. N°: 185 juillet 1969.

2/ Jacques VALLIN - Expert demographe - The population Council.

3/ Femmes réparties en deux groupes : celles de moins de 30 ans désiraient en moyenne 3,6 enfants ; celles âgées de 30 à 39 ans en désiraient 4.

Chapitre III :

1/ Etudes du CERES : Centre d'Etudes et de Recherches Economiques et Sociales (cahiers série démographique n° 3).

2/ Conférence de l'I.P.P.F. : du 1er au 7 juin 1969. Bulletin médical de l'I.P.P.F. (volume 3 n° 3 août 1969).

3/ A Ceylan les femmes âgées de 35 ans et plus, furent responsables de 16 % des naissances au prix de 26 pour cent de décès
(Wright N.H. 1968) : exposé présenté à l'Assemblée des obstétriciens gynécologues de Ceylan (21-22 août))liés à la maternité. En Thaïlande 1.365 décès liés à la maternité dont 38 pour cent survivent chez les femmes âgées de 35 ans au plus.

4/ Article du Dr. PERKINS, dans l'amérian journal of obstétrics and gynécoly 107-109, 1er juillet 1968, Etudes en Corée donnent un taux de mortalité infantile augmenté de 68 % lors d'une 2ème naissance pour atteindre 186 % à la 9ème grossesse.

5/ Fécondité différentielle : selon les groupes de population ou selon les catégories sociales ou professionnelles.

6/ Selon l'avant-propos de "Mohamed SEKLANI" - cahiers n°3 série démographie.

7/ Selon la mère,on ne peut tirer des conclusions : Sur 619 femmes en âge de procurer 519 sont sans profession - 14 sont bonnes à tout faire - 12 sont employées ou petites fonctionnaires.

8/ Quartiers pauvres : Djebel Djelloud - Dubosville - Kabaria - Saida Manoubia - Guerriche - Mellasine Borj Zouara - Djebel Lahmar - Ras - Tabia Somrane - Lafrane

9/ Quartiers intermédiaires : La Médina et ses faubourgs - El Khadra Borgel - Sidi Fathallah - Bellevue - La Cagna - Mathildeville.

10/ Quartiers aisés : Belvédère - La Fayette - El Omrane - Cité Jardins - El Manzah - Mutuelle - ville - L'Ariana - Le Bardo.

11/ Place du Planning Familial dans l'évolution récente de la natalité en Tunisie par Jacques VALLIN et Robert LAPHAM : Démographes du Conseil de la population à Tunis.

12/ Colloque de Démographie magrebine - Communication de Jacques VALLIN et de Robert LAPHAM, conseil de la population Tunis, 6 - 10 janvier 1969.

13/ Juin 1969, Jacques VALLIN et Robert LAPHAM.

14/ Source S.E.P.E.N. : Direction générale du plan mouvement de la population 1961-1967 - Tunis 1968.

15/ Place du Planning dans l'évolution récente de la natalité en Tunisie. E.N.D. : Enquête nationale démographique.

16/ 6-10 janvier 1969 par Jacques VALLIN et LAPHAM.

Chapitre IV :

1/ Hedi MADANI : Président de la Chambre d'Accusation de la Cour d'Appel de Tunis, Avocat ; contrôle de naissances - année 1963-1964.

2/ Docteur M. Salah MADHKOUR : Professeur de droit islamique à l'université du Caire.

3/ BOUSQUET : article 4 : revue des sciences orientales.

4/ El GHAZALI : Ihie Ouloums Eddine.

5/ P. SIMON : la contraception intra-utérine Masson 1968.

6/ Mr Hedi MADANI.

7/ La bibliothèque municipale d'El Attarine à Tunis.

8/ Fatouas : décisions et autorisations éclairées de la part de grands théologiens de chaque pays musulman.

9/ Son excellence : Ayatallah HAFFI CHEIKH Bahaeddine Mahallati en réponse à la question du Dr Mohamed SANAN - lettre du 12 novembre 1964.

10/ MUFTI : le grand chef spirituel et le plus grand responsable des affaires religieuses d'un pays musulman.

11/ On entend par ce mot l'éjaculation externe selon le texte.

12/ Création définitive de l'embryon avec vie autonome au sens médical du mot.

13/ L'une des quatres grandes sectes de l'Islam : Malékite Hanéifite, Chafeite et Hanbalite.

14/ Monsieur Fadhel Ben ACHOUR.

15/ Rachid RIDHA : Expert en théologie musulmane (Egyptien).

Chapitre VI

1/ Selon Jacques VALLIN dans le programme tunisien du P.F. (Servir n° 51/69) en 1968 la diffusion stagne autour de 10.000 par rapport à 1967, alors que les autres méthodes telles que la pilule sont en rapide progression.

2/ L' Médroxy - Progesterone : I injection I.M. tous les trois mois.

Chapitre VII

1 et 2/ Rapports dans le journal "Le Monde" (20 février 1965).
Dr Albert NETTER : professeur au Collège de médecine, chef de service de gynécologie de l'Hôpital Necker.
Dr Pierre SIMON : vice-président du mouvement français pour le Planning Familial.

3/ Données à partir des fiches du 25.11.66 au 31.12.69 dépouillées au mois de janvier 1970.

4/ Infections :
- 1 cas de retrait pour douglassite,
- 1 cas de retrait pour endométrite,
- 1 cas de retrait pour pertes et prurit vaginal,
- 1 cas de retrait pour réaction annexielle,
- 1 cas de retrait pour exocervicite.

5/ 1 grossesse avant la pose.

6/ Communication du Dr TAWHIDA BEN CHEIKH aux journées médicales de Tunis (1-10 mai 1970).

7/ Tietze G. : coopérative statistical program for the évaluate off intrauterine contraceptif device, first progress report national, commitee on maternel health New York Fibruary 1965.

8/ HALL-R.E.. American journal disster Gyn. 99 - 808-1967.

9/ Tietze G.: contraception with intra-utérine devices 1959 - 1966 - American journal obst gynéc. 26 1.043- 1966.

10/ Joyce NEILL : Physicien en charge : clinique de Planning Familial, Royal maternity hospital Belfast - Irlande du Nord.
Bulletin volume 3 N°3, 1er mars 1969. Le schéma du sang dans la contraception.

11/ NELLSON et SOLVELL 1967 : acta obstétric - gynéco-scand 66 (suppl. 8) SL.

12/ 1967, bull. med. journal IV 708, Zadeh Karabus Fielding.

13/ Burton 1967 - Lancet 1968.

14/ Fichier de la contraception orale à l'hôpital Aziza Othmana.

15 et 16/ Conformément photos dans chapitre annexe.

Chapitre VIII

1/ Données du Ministre de l'Education Nationale "Chedli AYARI".
Journal l'Action du 25 juillet 1970, du 16 septembre 1970,du 23-24 août 1970.

2/ Quelques aspects économiques d'une croissance de la fécondité en Tunisie : C.E.R.E.S. n°14 - 1968.

Editions BERGERET, 2, rue Bergeret, BORDEAUX,Tel. 91.12.59.

TABLE DES MATIERES

pages

I - CONTEXTE ET DEFINITION DE LA REGULATION DES NAISSANCES 7

II - LA NECESSITE D'UNE REGULATION DES NAISSANCES 9

- Dans le Monde 9
- En Tunisie 13

III - REALITES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES EN TUNISIE ET REGULATION DES NAISSANCES 29

IV - L'ISLAM DEVANT LES PRATIQUES CONTRACEPTIVES 47

V - DISPOSITIONS LEGISLATIVES TUNISIENNES CONCERNANT LA REGULATION DES NAISSANCES 61

VI - PROBLEMES PSYCHOLOGIQUES ET SOCIAUX ENGENDRES PAR UN PROGRAMME DE CONTRACEPTION EN TUNISIE 69

VII - OBSERVATIONS SUR L'UTILISATION DU STERILET EN TUNISIE 85

VIII - ESSAI D'EVALUATION 129

C O N C L U S I O N S 133

A N N E X E S 134

BIBLIOGRAPHIE 135

NOTES 141

========

EDITIONS BERGERET - 2,rue Bergeret - BORDEAUX. Tél. 91.12.59